UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE *MÉXICO*
MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA de LA SALUD
MAESTRIA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

CENTRO UNIVERSITARIO VALLE DE CHALCO

UNIDAD DE APRENDIZAJE:

CIENCIAS SOCIALES Y EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

Unidad de aprendizaje: Obligatoria
Número de horas totales: 2
Créditos: 4
Área Curricular: Básica

MATERIAL ELABORADO POR:

MTRA. ELIA CHAMORRO VÁZQUEZ
Profesora de Medio Tiempo
Semestre: 2017A

INDICE

No. De la Unidad	NOMBRE DE LA UNIDAD	PÁGINA
Unidad I.	La medicina social en la salud pública	5
Unidad II.	Métodos de las ciencias sociales y su aplicación en las ciencias de la salud	13
Unidad III.	Teorías sobre la salud y la comunidad	22
Unidad IV.	La base social de la salud: clase, género y etnia	31
Unidad V.	Perspectivas sociales sobre la salud y la enfermedad	38
Unidad VI.	La construcción social de la enfermedad: desigualdades sociales en la salud	46
Unidad VII.	Estilos de vida y conductas de salud	56
Unidad VIII.	La dimensión biológica, social y emocional en la salud de la población	60

INTRODUCCIÓN

El proceso salud – enfermedad es un objeto de estudio que contribuye a una mejor comprensión, interpretación y análisis tanto de los elementos biológicos como de los determinantes sociales que conllevan a una persona a gozar de salud o padecer una enfermedad.

Dentro de las Ciencias Sociales, tal objeto de estudio tiene cierta relevancia al abordar al ser humano no como un ente aislado, sino como un elemento multidimensional inserto en una sociedad, en la cual se encuentran diversos factores desde socioculturales hasta ambientales que consolidan los comportamientos que responden a las necesidades y demandas a las que es sometido el ser humano y que tienen un impacto en su forma y calidad de vida.

Considerando lo anterior, se plantea que los problemas de salud que hoy aquejan a la sociedad, no pueden obtener una solución si estos son vistos exclusivamente desde una mirada medico biológisista, debido a que como ya lo plantea la Medicina Social, la enfermedad tiene un trasfondo social e histórico, razón por la cual un análisis meramente biológico es limitado para una comprensión adecuada del problema.

En este trabajo se mencionan los elementos que aporta la medicina social para la comprensión del proceso salud-enfermedad. Asimismo, se mencionan los métodos que deben considerarse para el estudio de fenómenos sociales, e un caso concreto los relacionados a la salud.

Finalmente se aborda la categoría de género como una herramienta valiosa para el análisis del proceso salud-enfermedad, resaltando las consecuencias que puede tener el ser un hombre o mujer en el ámbito de la salud.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

Conocer y Analizar las teorías Sociales que explican la conformación del proceso salud-enfermedad.

Ruptura y corte epistemológico

Unidad I.	**La medicina social en la salud pública**

Contextualización de la Unidad con el curso	Esta unidad aporta importantes conceptos en materia de medicina social y nos lleva al fondo teórico de la misma, el cual, indudablemente, se localiza en los trabajos de orden marxista que tratan de explicar la discriminación a los sectores más vulnerables de una sociedad global y capitalista como la contemporánea; finalmente reseñamos que: si nos interesa abordar el estudio del binomio salud enfermedad desde el punto de vista de la medicina social en Latinoamérica, lo tenemos que hacer fundados en las bases de la lucha en contra la discriminación y desigualdad social basada en el capital económico como los medios de producción, solo así lograremos encontrar una solución viable a ese problema.

PROCESO SALUD ENFERMEDAD DESDE LA MEDICINA SOCIAL

Los primeros indicios que se tienen de la salud pública (SP) nos remontan a Hipócrates, quien fue el primero en preocuparse en relacionar la influencia del ambiente físico y social con la salud. Sigerist, en cambio, dice que la SP tiene sus raíces en la religión, ya que la limpieza era concebida con un sentido espiritual (libro Levítico 1500 a.a.C), menciona también que uno de los primeros momentos de la SP, ya como campo de conocimiento aplicado, se encuentra en la Roma antigua, donde se le denominó “Higiene Pública”, la cual se dedicaba a

los aspectos preventivos relacionados con el ambiente físico: agua y acueductos. (Sigerist, H. 1974)

A partir de esa época hasta el feudalismo la SP tuvo un estancamiento importante y volvió a resurgir durante la Revolución Industrial, con Raus, Ramazzini y Johan Peter Frank, éste último; considerado "padre" de la SP, ésta, nace como una necesidad de la época, cuando el estado movido por un interés oculto de preservar la fuerza de trabajo para incrementar así la producción, se interesa o comienza a mostrar una falsa preocupación por el "bienestar de la población", tomando medidas sobre el control del agua y la limpieza, manejo de alimentos y control de los brotes infecciosos.

Posteriormente, en la primera mitad del S. XX, cuando despierta el interés sanitario por la salud, surgen los principales exponentes y los adelantos en ésta, dentro de los principales autores encontramos a: Sigerist, Rosen, Lee Jones y Winslow (1920), quien define a la SP como:

> "La SP, es el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida fomentar la salud y la eficiencia por el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio; el control de enfermedades transmisibles, educación en higiene personal, organización de los servicios médicos y enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo del mecanismo social que asegure a cada uno, el nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios para que cada ciudadano se encuentre en condiciones de su derecho natural a la salud y a la longevidad"

En esta definición que a simple vista parecería muy "sencilla", podemos ver que la SP amplía sus funciones y campo de estudio al integrar la salud preventiva como una herramienta para mejorar el PSE de la población, entiéndase población, en este caso, como la suma de individuos. Posteriormente Lisitsin (1981) da una nueva definición de la SP proponiendo que:

> "La SP se define como el sistema de medidas estatales, socioeconómicas y médico-sanitarias encaminadas a la prevención y tratamiento de enfermedades, disminución de la mortalidad y morbilidad, así como garantizar a la población condiciones de vida y trabajo que permitan elevar la capacidad laboral y prolongar el promedio de vida útil de los hombres".

En esta definición podemos observar de manera más explícita, la respuesta del estado mediante la implementación de medidas sanitarias, económicas y sociales, con el propósito de mantener, en la medida de lo posible, la fuerza de trabajo al máximo.

En 1991, Julio Frenk, actual Secretario De Salud de México, y con una larga formación en la SP, la define como:

> "La aplicación de las ciencias sociales, biológicas y de la conducta al estudio de las poblaciones humanas; con dos objetivos; el primero, el estudio epidemiológico de las condiciones de salud y de la investigación de los servicios de salud; el segundo, la respuesta social a los problemas de salud. Su esencia es la salud de la población."

Cabe aclarar que para J. Frenk, el termino población se refiere a la suma de individuos y que el objeto de estudio de la investigación clínica, puede ser el mismo en la investigación social relacionada a salud, es decir, la SP utiliza a la causalidad para explicar el P-S-E.

El nacimiento de la **Medicina Social (MS)** se da en Europa durante la segunda mitad del S. XVIII, a consecuencia de los problemas de salud que la industrialización originó. Es así como J. A Rochoux (1838) la da a conocer en Francia con el termino de Higiene, posteriormente, J. Guerin (1848) es el primero en utilizar el término Medicina Social.

No hay que olvidar que la MS como **corriente de pensamiento** surge dentro de un contexto histórico de movilizaciones sociales en donde la corriente conservadora contagionista prevaleciente es enfrentada por el movimiento progresista, entre sus principales exponentes encontramos a: R. Virchow, villerme, Benoiston De Chateauneuf, guépin, Rochoux, Neumann y los liberales como Chadwick (Rosen 1986)

Virchow (1849), por ejemplo, fue el primero en considerar la relación entre la aparición de brotes de enfermedades infecciosas con los factores sociales y económicos de la sociedad, por lo que esperaba poco de los tratamientos médicos. Virchow decía que: *" La medicina es una ciencia social y la política no*

es más que medicina a gran escala" a través de este lema podemos entender mejor la visón que Virchow tenía al señalar que las enfermedades epidémicas surgían y desaparecían después de que se había iniciado una nueva era cultural, con base en esto elaboró una teoría de la enfermedades epidémicas, la cual decía que: *"Si la enfermedad es la expresión de la vida individual bajo condiciones desfavorables las epidemias deben ser indicativas de las perturbaciones importantes en la vida de las masas"*, siendo estas perturbaciones la naturaleza social y económica. Además debemos decir que Virchow, hizo una diferencia entre las epidemias, enunciándolas como naturales (debidas a cambios climáticos , alterando así, las condiciones de vida) y artificiales (atribuidas a la sociedad, como resultado de una cultura excluyente).

Virchow y Neumann comenzaron con la utilización de la estadística en la MS con la finalidad de observar; las diferencias que existían entre las formas de enfermar y morir de las distintas clases sociales, es decir, entre pobres y ricos; Neumann recolectaba los datos estadísticos de todos los elementos de la vida social que tuvieran que ver, de alguna manera, con el P-S-E, a los que denominó como "datos estadísticos sociales". Para Neumann "la ciencia médica era intrínseca y esencialmente una ciencia social", para él la MS, era el campo de conocimiento que estudiaba la influencia de los problemas sociales sobre la salud y la enfermedad y sus principios fueron fundamentales para el establecimiento de la MS como corriente de pensamiento con fines políticos e ideológicos, los principios de Virchow dicen lo siguiente:

La salud del pueblo es un problema de toda la sociedad

- La sociedad tiene la obligación de proteger la salud de sus miembros
- Las condiciones sociales determinan la salud y la enfermedad
- La terapia médica debe estar junto a lo social

Para 1911, Grothahn , siguiendo los postulados de Virchow y Neumann , menciona que la tarea de la MS tendría que ocuparse no solo de los factores naturales que amenacen el cuerpo humano y de los medios para combatir y

controlar dichos factores sino que además reconoce al ser humano como ser social. Grothahn separa a la MS en dos aspectos fundamentales; el descriptivo y el normativo, el primero se preocupa por las condiciones que afectan la cultura higiénica, mientras que el segundo se preocupa de las medidas tendientes a difundir la cultura , ambos entre los grupos de individuos y sus descendientes mientras vivan bajo las mismas condiciones temporales, sociales y de espacio

En América Latina la MS, comienza a tomar fuerza durante la década de los 50´s, cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras fundaciones como la Rockefeller, Milbank y Punto IV, se interesan por fomentar la enseñanza de la medicina social y preventiva. Es de esta forma, como en la década de los 70´s se legitima en Latinoamérica como corriente de pensamiento con la creación de dos programas de posgrado, uno en Brasil y otro en México, posteriormente en Ecuador y Bolivia y algunos otros países latinos han considerado la posibilidad de organizar posgrados en MS. (Franco , 1989).

La medicina social latinoamericana se desarrolla por grupos académicos del campo de la salud que por un lado estaban disconformes con el modelo económico desarrollista, iniciando así cuestionamientos en respuesta a la crisis de la salud pública, esto debido a que los indicadores de salud tuvieron un decremento posterior a una mejoría pues aunque se dio un crecimiento de los indicadores macroeconómicos se comenzaron a disminuir los sociales y de salud, esto por existir una inequidad en el acceso a los servicios de salud, de tal manera que se mostró que pese a la existencia de más y mejores servicios de salud, las condiciones de salud e la población no tenían una mejora. (Castro, 2003)

La medicina social se encarga de entender las condiciones sociales y económicas que impactan tanto a la salud como a la enfermedad, además de considerar su impacto en la medicina. Asimismo, busca fomentar las condiciones para la comprensión de un proceso salud-enfermedad para poder conducir a acciones que generen una sociedad más sana. De manera que, considerando lo anterior se pueden encontrar diferencias entre la salud pública y la medicina

social, siendo una de ellas, la visión de la salud pública sobre la población, que es vista como una unidad de análisis, definida como una suma de individuos que se pueden clasificar en grupos bajo ciertas características, mientras que la medicina social la considera como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen, definiendo sus problemas a través de unidades de análisis sociales e individuales.

Por otro lado se encuentra que la medicina social conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y uno como una categoría dicotómica y en el caso de la epidemiología estudia dicho proceso dentro de un contexto social requiriendo un análisis de diversos niveles para comprender las condiciones sociales que a su vez se organizan de manera histórica en distintos modelos de vida característicos de los grupos situados en distintas posiciones de estructura de poder y que determinan un acceso diferencias a condiciones favorables o desfavorables, de tal manera que establecen la dinámica del proceso salud-enfermedad.

La medicina social se ha enfrentado a diversas tareas y una de ellas de corte teórico y político como es la desmitificación de una ideología hegemónica, dado que tiende a justificar los intereses de las clases que dominan una sociedad en un periodo histórico. Por otro lado, se encuentra la importancia de hablar sobre enfatizar los efectos de las políticas internacionales dado que analizan el impacto del imperialismo económico, extracción de materia prima y la explotación de la mano de obra barata, encontrando que existen efectos perjudiciales en el acceso a los servicios de salud, además de desmitificar la tesis de que las prácticas orientadas por el mercado mejoran las condiciones de los pobres, para así poder reorientar las acciones.

Cabe destacar también que la antropología médica se organiza también con los materiales producidos por la dominada antropología aplicada que se desarrolló en tres rubros básicos el desarrollo económico, la educación y sobre todo la salud. Para Eduardo Menéndez la sociedad influye en los procesos de salud-enfermedad debido a la modificación de las condiciones sociales y culturales, es así como él se acerca a la antropología medica donde se atribuyen gran parte de los problemas de salud que tienen los pueblos colonizados a sus propias condiciones sociales y culturales de vida, y por lo tanto proponiendo modificar

esos sistemas de vida para reducir, por ejemplo, la mortalidad por parto o por enfermedades infectocontagiosas.

Existe como tal un punto diferencial entre un enfoque de la antropología médica de la biomedicina y también de la salud colectiva donde se subraya un aspecto que las tres tienen en común y es que por más que todos hablan de salud y enfermedad realmente solo estudiando piensan y actual en términos de enfermedad.

Menéndez también establece un Modelo Médico que supone una constante relación entre la realidad construida como modelo y la historicidad de esa realidad, otro de los conceptos que formuló es el de proceso de salud/enfermedad/atención-prevención, debido a que anteriormente se hacía referencia a un modelo de salud enfermedad en el que solo es se da importancia al momento en el que una persona ya se encuentra enferma pero no se le da importancia a los factores que generaron dicha enfermedad ni se enfatiza en poder prevenir para no llegar a la enfermedad, todo padecimiento implica la existencia de formas de atención y de prevención, que debiera buscarlas a través de lo que hacen los sujetos y grupos sociales con sus padecimientos.

La auto atención es una parte estructural del funcionamiento de todo sujeto y de todo grupo lo cual no ignora y menos excluye las actividades desarrolladas por los profesionales de la atención sean biomédicos, curadores tradicionales o bien sanadores lo que propone es que el auto atención de los padecimientos constituye el primer nivel de atención sino que es el eje articulador de los diferentes formas de de atención que utilizan los sujetos y los grupos sociales por otro lado sos tiene reiteradamente que automedicación constituye una Pauta normal del comportamiento individual y grupal que en realidad no se debería de erradicar sino que se debería de trabajar para mejorar la señala como el sector salud constantemente está impulsando la auto atención pero también la automedicación y a su vez se la pasan criticándolas.

Asimismo, la auto atención es parte estructural del funcionamiento de todo sujeto y de todo grupo, lo cual no significa ignorar y menos excluir las actividades desarrolladas por los profesionales de la atención sean biomédicos, curadores

tradicionales o sanadores new age. Lo que Menéndez propone es que la auto atención de los padecimientos no sólo constituye el primer nivel de atención, sino que es el eje articulador de las diferentes formas de atención que utilizan los sujetos y grupos sociales, debido a que es importante prevenir la enfermedad y no esperara que esta ya se encuentre, no se refiere a una auto atención en la que alguien se medique sino al cuidado propio de la persona. También sostiene que la automedicación constituye una pauta normal del comportamiento individual y grupal, y en lugar de tratar de erradicarla, necesitamos por el contario trabajar para mejorarla.

“La automedicación es parte de la auto atención, y la auto atención implica toda una variedad de acciones”. La participación de las personas en campañas de prevención de cierta forma considera Menéndez que siempre y cuando sean organizadas debidamente, las personas siempre tendrán la tendencia de participar, gran parte de los salubristas tienen determinadas expectativas respecto de la participación social de la gente, y por lo tanto excluyen o no ven la participación social que esta realiza.

A partir de los movimientos sociales de 1970 se comienza a considerar a la persona como un actor principal, no incluirlos en las prácticas es pensar que las representaciones es producir una etnografía basada en lo que los actores dicen que hacen, y no en lo que dichos actores realmente hacen.

PREGUNTA DE REFLEXIÓN Y ANALISIS PARA LA DISCUSIÓN EN CLASE

1. Comentar la visión histórica de la medicina que permaneció hasta la segunda guerra mundial y hasta mediados del siglo XX. Mencione características como individualista, curativa etc.
2. La “medicina social” existió – existe?

Unidad II.	**Métodos de las ciencias sociales y su aplicación en las ciencias de la salud**

Contextualización de la Unidad con el curso	En esta unidad se enfatiza en que las líneas del pensamiento son cambiantes, puesto que la ciencia no debe estancarse ni aferrarse a un solo tipo de abordaje ante lo observado. De esta manera, se crearon teorías funcionalistas y culturales que sirvieron al desarrollo y organización de la comunidad científica, teniendo formas de abordaje como la fenomenología. Una de las corrientes filosóficas que mantiene el dominio intelectual en las ciencias sociales es el positivismo sociológico, iniciada por Durkheim fundamentando las primeras posibilidades teórico-metodológicas del positivismo para la comprensión social y con el tiempo fueron surgieron otras corrientes.

MÉTODOS DE TRABAJO DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD EN CIENCIAS SOCIALES

La investigación en el campo de las ciencias sociales en salud era guiada por el modelo del positivismo y el marxismo, del primero sobresale la corriente funcionalista y del segundo una versión económico-estructuralista; a pesar de estas diferencias, ambos modelos coincidían en el rechazo a las orientaciones interpretativas (interaccionismo simbólico, fenomenología y etnometodología)

como formas de acercamiento válidas para estudiar los fenómenos sociales y médico-sanitarios; en consecuencia, la investigación, las metodologías y las técnicas cualitativas solían ser ignoradas, rechazadas o minimizadas por parte de la comunidad científica no importando su adscripción teórica, temática o disciplinaria.

La investigación cualitativa en salud, como campo emergente de saberes y prácticas, se difundió y consolidó en América Latina, desde principios de la década de los ochenta conforme a un acuerdo generalizado, el objetivo del modelo en que se apoya la investigación cualitativa, es el proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo *de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven*; y el objetivo principal del investigador sea el de interpretar y construir los significados subjetivos que las personas atribuyen a su experiencia. (Minayo, 1997).

La investigación cualitativa enfatiza el estudio de los procesos y de los significados, se interesa por fenómenos y experiencias humanas. Da importancia al entorno social construido de la realidad, a la relación que hay entre el investigador y lo que estudia, además, reconoce que las limitaciones prácticas moldean la propia indagación (Denzin, 1994).

La metodología cualitativa está fundamentada principalmente por el modelo constructivista y hay que señalar que ésta es diferente a la tradicional o cuantitativa, pues el mundo social es complejo y la vida cotidiana dinámica, no se puede reducir a variables, ni separar sus partes de manera artificial.

De esta manera, parece más sencillo entender las diferencias, usos y alcances entre una metodología y otra; mientras que la metodología cuantitativa se refiere al estudio de los procedimientos y al acto de recoger datos, la cualitativa cubre la totalidad del proceso de investigación, que se verifica y ajusta al mundo empírico.

Aunque las actividades del investigador cuantitativo y del cualitativo pudieran parecer las mismas (recolección, análisis y focalización de datos), existen diferencias en la ejecución de estas tareas primero, se destacan las relaciones que el investigador tiene cuando recoge los datos, éstas son de ser un testigo e

instrumento, el instrumento, se relaciona de manera activa con las personas para obtener datos, hace constantemente preguntas y se pone en el lugar de los participantes para dar cuenta del fenómeno desde su punto de vista –denominado *"emic"* o del interior; segundo, el momento en el que se focalizan los datos es distinto al de los estudios cuantitativos, los estudios cualitativos no están dirigidos por una teoría ya elaborada, ni por hipótesis para ser comprobadas; el momento de focalizar los datos se pospone a su recolección y está guiada por "las preocupaciones del análisis científico social de la vida de los grupos humanos" (Nigenda, 1995).

El análisis cualitativo es emergente, surge de la interacción entre los datos y las decisiones que se toman para focalizar el estudio, tiene como propósito captar, describir y proporcionar perspectivas de los aspectos de la vida de los grupos humanos, que no estén disponibles en otros métodos de investigación, las características principales de estas investigaciones centradas en los sujetos, son que adoptan la perspectiva *"Etic"* o del interior tomando el fenómeno a estudiar de manera integral o completa, el proceso de indagación es inductivo y el investigador interactúa con los participantes y los datos.

La fenomenología. Es un enfoque o estrategia cualitativa que trata de comprender la naturaleza del ser, la experiencia vivida a través de "la ventana del lenguaje",sin un desarrollo teórico, la recolección de datos se realiza a través de la entrevista a profundidad y de las anécdotas escritas sobre experiencias personales.

La etnografía. Se genera dentro de la tradición antropológica y se la puede definir como una manera de acceder a las creencias y prácticas de una cultura, el investigador se hace preguntas descriptivas sobre valores, creencias y prácticas de un grupo cultural, entiéndase por cultura en su sentido amplio, abarcando al grupo de personas que comparten un mismo lugar y a los que están geográficamente separados, pero compartiendo una experiencia común, ésta estrategia desarrolla descripciones profundas sobre el significado que tienen, para las personas, las acciones y los eventos a través de la observación participante y las entrevistas sin estructurar. Otras fuentes de datos etnográficos pueden ser documentos, archivos, fotografías, mapas y árboles genealógicos.

La teoría fundada. Tiene su base teórica en el interaccionismo simbólico, es más bien un estilo de análisis cualitativo que un método aparte, trata de identificar los procesos básicos en la interacción; el investigador se hace preguntas de proceso, da cuenta de experiencias en el tiempo o de cómo se va produciendo un cambio; ésta estrategia comparte los métodos de recolección de datos, es decir, la entrevista sin estructurar y la observación participante, pero la mayor diferencia radica en su énfasis en el desarrollo de la teoría.

No se puede olvidar la urgente discusión tendente a profundizar en las compatibilidades teóricas de posturas neo marxistas, posestructuralistas, crítico-interpretativas o feministas que reconocen la utilidad de la investigación cualitativa frente a un pensamiento marxista ortodoxo que se convirtió en la corriente hegemónica de la medicina social durante décadas y persiste en algunos círculos, en este sentido, uno de los grandes retos a enfrentar de la metodología cualitativa, consiste en cómo articular la dimensión subjetiva y los procesos de significación e interpretación, es decir, fenómenos ubicados en el nivel micro social en el marco de las preocupaciones tradicionales por lo macro social o estructural (Minayo, 1997).

CUADRO COMPARATIVO ENTRE LA SALUD PÚBLICA Y LA MEDICINA SOCIAL

DIMENSION	SALUD PUBLICA CONVENCIONAL	MEDICINA SOCIAL
Fundamento	Estructural – funcionalista. *	Materialismo Dialéctico **
Propósito	Hace generalizaciones sobre semejanzas ., reduciéndolas al plano fenoménico	Hace Hipótesis centradas Sobre las diferencias de la determinación histórica En el proceso colectivo de producción.
Finalidad de la investigación	Explica y controla la salud – enfermedad. Centrada en los patrones de ocurrencia de una enfermedad particular.	Comprende e interpreta la salud – enfermedad.
Explicación		

	Explica la salud – enfermedad de manera individualizada y solo causal (agente etiológico)	Explica la salud – enfermedad interrelacionando los determinantes socio históricos de los colectivos.
Técnicas e instrumentos	Cuantitativos, de medición	Cualitativos, descriptivos
Epidemiología	Convencional ***	Social ****

Fuente: elaboración propia. 2017

Dentro de las investigaciones relacionadas a la salud o enfermedad, también se han establecido limitantes, al considerar únicamente los aspectos relacionados a lo biológico y médico. Sin embargo, como se ha mencionado con anterioridad el que una población este sana o enferma no depende exclusivamente de aspectos biológicos sino también de su contexto social, político, económico, etc.

Por lo tanto, el estudio de un proceso salud-enfermedad debe ser multidisciplinario y multimetódico. De manera que se presenta al ser humano como una entidad biológica, social, espiritual, psicológica integrada, e inmerso en un sistema, cuyos factores influyen en las necesidades y comportamientos de este para asegurar la salud o determinar la enfermedad.

Un autor a destacar sobre esta visión es Edgar Morin, quien hace mención de como el estudio del hombre estuvo cerrado durante mucho tiempo, sin dar espacio a una concepción integradora del hombre en el universo. Siendo esta una concepción antropológica que define al hombre en oposición al animal, la cultura en oposición a la naturaleza; el reino humano, síntesis del orden y libertad, se opone tanto a los desórdenes naturales como a los ciegos mecanismos de instinto. Obteniendo como resultado, una antropología aislacionista y limitada al estudio psicosocial, incapaz de dar respuesta e incluso percibir fenómenos más complejos, al negar al hombre como una totalidad biopsicosociologica. (Morin, 1974)

Aunado a esto, la biología centrada en el organismo, se negaba a vincularse con un universo físico químico, así como a considerar aquellas cualidades o

facultades que traspasarán el marco fisiológico. Al no tener relación entre sí las disciplinas fueron superpuestas, aisladas y reduccionistas.

El sociólogo **Edgar Morín**, en su obra Paraíso perdido, paradigma olvidado, menciona que cualquier elemento del mundo no es un objeto aislado, sino que forma parte de un sistema mayor que lo contiene y, por lo tanto, se encuentra en constante interacción con otros elementos del sistema, así como con el sistema completo. Partiendo de esta idea, se considera que las sociedades, los individuos, el entorno e incluso el universo son "**sistemas complejo**s", sujetos a múltiples relaciones e interacciones tanto entre sus diversos componentes y como con otros sistemas. Siendo esta la idea principal del pensamiento complejo. Dentro de esta perspectiva de la complejidad, se parte del hecho de que en todo grupo humano estructurado (desde la familia y amigos, etc.) Sus elementos, los seres humanos se encuentran estrechamente vinculados, entre sí y con el ambiente, por lazos de tipo biológico, económico, espiritual, político, cultural, etc. De manera que el estudiar la vida del ser humano supone comprender una multiplicidad de relaciones, además de una diversidad de ámbitos en los que se desenvuelve.

Tomar conciencia de esa multiplicidad es lo que nos permite desarrollarnos como sujetos humanos (en una forma integral) y no sólo como simples objetos. Así, una visión diferente del mundo, basada en el pensamiento complejo supone un cambio en la manera en que afrontamos la vida. Lo más destacable del pensamiento de Morín es la sugerencia de estudiar al ser humano desde una mirada holística, para poder comprender realmente los problemas y fenómenos que les atañe.

Por lo que se refiere al aspecto **multimetódico** para abordar los diferentes aspectos del proceso salud enfermedad, se considera que un análisis de tipo cualitativo es una herramienta valiosa para lograr una acercamiento interpretativo y naturalista al sujeto de estudio, lo cual significa que el investigador estudia las cosas en sus ambientes naturales, dándole un sentido o interpretación a los fenómenos con base a los significados que las personas les otorgan. De manera que, el análisis de tipo cualitativo empieza a ganar terreno en diversas áreas.

Sin embargo, es difícil que se implemente totalmente en el capo científico debido a que es más usual un análisis cuantitativo, el cual de cierta manera fue instituido por lo que se llamaban las ciencias duras y los positivistas para los cuales si no se podía cuantificar entonces no era ciencia, sin embargo el interés por lo cualitativo llevaba a utilizar la misma metodología cuantitativa ya propuesta que se considera deficiente pues los problemas sociales no pueden abordarse bajo una mirada inmutable e inflexible.

Cabe mencionar que una de las oposiciones más fuertes que recibieron los estudios cualitativos fue precisamente la diversidad de metodologías utilizadas, ya que, para la hegemonía positivista, este tipo de investigación carecía de rigor científico y por lo tanto sus aportaciones no podían ser consideradas formalmente. (Mercado & Torres, 2000). A pesar de lo anterior, diversas investigaciones cualitativas demostraron su valía en el campo científico, resaltando también que la diversidad es importante pues no todas las investigaciones se pueden realizar de la misma manera, además de que existe una necesidad de romper paradigmas que limitan el desarrollo de una investigación sobre todo al tratarse del ámbito social, donde la realidad no es algo que pueda ser medido ni generalizado.

Al adoptar un enfoque cualitativo, se adquiere una nueva perspectiva, donde no importa tener un método concreto sino tener una visión de lo que se quiere lograr y como se llega a él sin terminar en la utilización de un método definido que pueda limitar una investigación. Dicho lo anterior, se puede destacar también que la riqueza de la investigación cualitativa consiste en la interpretación y análisis, desde una mirada holística, de las palabras, discursos, significados, etc., que construyen un conocimiento de la realidad social y que a su vez contribuyen a comprender las distintas cualidades que caracterizan a un fenómeno social.

La salud pública representa un campo de estudio sumamente complejo, al abordar el fenómeno salud-enfermedad como un hecho colectivo en su doble dimensión socio-biológica, (esta dicotomía sigue conservando el enfoque reduccionista porque sigue fragmentando la realidad) las interpretaciones sobre éste y las respuestas socialmente producidas para modificarlo. Esta complejidad

ha conducido a la conformación de diversos modelos explicativos que interpretan tanto las condiciones de salud-enfermedad, como los saberes y las prácticas orientadas a transformarlas.

Para investigar el objeto de estudio de la SP Julio Frenk diseño una matriz para abordar este campo, en este texto solo se destacan de forma resumida lo que él plantea en su modelo:

1.- Áreas sustantivas: **a)** Las necesidades de salud, **b)** los servicios que satisfacen esas necesidades y **c)** los recursos que se requieren para producir dichos servicios.

La satisfacción de las necesidades de salud dependen de tres factores mediadores: la equidad en la utilización de los servicios, definida por el grado en que dicha utilización corresponde a la distribución de las necesidades de salud; la adecuación y eficacia de la tecnología empleada; y la calidad de la atención.

2.- Áreas del conocimiento: Que son las disciplinas que contribuyen a la investigación en Salud Pública, entre ellas destacan la epidemiología, la demografía, las ciencias de la administración, la economía, la sociología, el derecho y la ética.

3.- Áreas metodológicas: a) El análisis de las bases lógicas de alguna investigación en particular, b) el desarrollo metodológico, c) fases tradicionales de la investigación: el diseño, el muestreo, la instrumentación, que corresponde a su vez a la recolección, codificación y procesamiento de los datos, el análisis de confiabilidad y el análisis de datos propiamente dichos (Frenk, 1986).

Estas tres áreas del Modelo conceptual pretenden abordar los asuntos pertinentes de la investigación en SP.

Para Saúl Franco el objeto de la Salud Pública es el conocimiento de las condiciones, de las posibilidades, de la dinámica, de la realización del bienestar del colectivo en los distintos niveles, en un término más global, del bienestar Social. Social en el sentido de que es de la sociedad, del conjunto de fuerzas, de tejidos intelectuales, tecnológicos, culturales, en los cuales se ha ido

desarrollando ese ser colectivo que es muy distinto, que es mucho más que el conjunto de la suma de individuos .

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN Y ANALISIS PARA LA DISCUSIÓN EN CLASE

1. Qué y cómo se diferencias conocimientos vs Saber
2. Cómo entiende la coexistencia entre sujeto y el objeto?
3. Cuál es el requisito esencial de todo conocimientos?
4. Discuta sobre los diversos enfoques desde los cuales puede estudiarse el fenómeno del conocimiento?

Unidad III.	**Teorías sobre la salud y la comunidad**

Contextualización de la Unidad con el curso	En esta unidad se revisará el proceso de salud enfermedad de los grupos. La Sociología de la salud ha tenido que ocuparse tanto de lo nuevo como de lo viejo en materia de salud- enfermedad. La morbi mortalidad, el desarrollo y del subdesarrollo, de las clásicas endemias rurales (malaria, la enfermedad de changas y la leishmaniasis) como de las nuevas epidemias urbanas (dengue y sida) de las enfermedades surgidas de la carencia sanitaria mínima (cólera) como de las enfermedades producto de la abundancia como el sedentarismo y el consumo de productos industriales. Es decir, de condiciones de vida de la pobreza, y estilos de vida de la abundancia.

En los textos relacionados con la Salud Publica y Salud comunitaria, el tema introductorio es, sistemáticamente, la definición de la Salud y la enfermedad sus orígenes, sus causas y su tratamiento, pareciera entonces, que solo se trata de descubrir el aspecto biológico de los padecimientos físicos o mentales, o bien, aquellos aspectos legales y normativos en relación con los mismos, así, como la organización de los servicios sanitarios.

En este marco, que prácticamente se ha perpetuado acrecentado durante este siglo debido a los grandes avances de la ciencia biomédica, el binomio salud – enfermedad responde a un determinado estado del cuerpo del individuo en

relación con un medio en el que, según la suerte individual, podría ponerse en contacto con los agentes o nexos patógenos que determinan su enfermedad. El ser humano se transforma, así, en una maquina cuyas partes pueden afectarse de forma aislada y, por ello, ser curadas del mismo modo. Los profesionales en esta forma de ver las cosas son unos técnicos del cuerpo humano cuyo objetivo es descubrir los mecanismos causales, prestando gran atención a los resultados de complejos tests diagnósticos y terapéuticos. (J.L. Arrocha y V. Santana. 2003)

Con lo anterior, se puede interpretar que la salud pública se plantea en el campo de la salud cuatro elementos principales: El aspecto biológico, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los servicios de salud, auxiliándose siempre de la vigilancia epidemiológica, demográfica y de los sistemas de salud. Olvidándose del valor social, económico e histórico de la sociedad.

En palabras de Julio Frenk, la salud pública se refiere a hechos que ocurren en grupos humanos , es decir, entre individuos y población, la materia de objeto de la salud publica dentro del proceso salud – enfermedad son: las condiciones y los procesos que determinan el daño y la respuesta que dan las instituciones de salud. La Salud publica dice Saúl Franco , es una forma de vivir, es un objeto de conocimiento que construye un saber territorial que le permita a su vez, construir un objeto de saber en las posibilidades de bienestar, comprenda la dinámica de lo cotidiano y se vaya conociendo las condiciones, las posibilidades y la dinámica del bienestar colectivo.

Problemas De La Salud Publica Dentro Del Proceso Salud Enfermedad.

1. Trata la salud colectiva como un saber paramédico y no como un saber interdisciplinario sobre todo social.

2. Trata de conocer la naturaleza de las enfermedades para controlarlas, predecirlas y dominarlas, no así, para prevenirlas desde los procesos sociales, políticos e históricos de una sociedad (Entender la desigualdad e inequidad como procesos sociales que son determinantes en el proceso salud - enfermedad).

3. Pretender solucionar problemas de salud masivos, aplicando solamente correctivos clínicos – individuales e implementando medidas reparadoras caso por caso. (Jaime Breilh. 1989)

4. Entiende las causas de la enfermedad solo como agente etiológico causal o factores de riesgo. (concepción reduccionista).

5. Los contenidos y acciones que trabaja la salud pública han venido marcados por vía del Estado, según el momento e interés del poder.

6. La incorporación de actividades de promoción y de prevención con visión individualista son una forma de responsabilizar a cada individuo de su salud y no de compartir esta responsabilidad con el estado.

Esta concepción de la salud pública, ha hecho que otros campos de conocimiento como la medicina social y la salud colectiva intervengan favorablemente en la discusión sobre los determinantes del proceso salud – enfermedad y se estén dando nuevas propuestas con nuevos enfoques de abordar los daños de la salud de los colectivos.

IV. B Proceso Salud Enfermedad Desde La Medicina Social

El proceso Salud – Enfermedad se ha ido conformando a lo largo del tiempo a través de ideas y percepciones acerca de la enfermedad y las formas en que se determina la salud y con esta la propia vida, es así como , en los diferentes grupos sociales se han ido acumulando nociones y conocimientos acerca de la salud y la enfermedad, estos conocimientos han sido adquiridos por la gente común de forma empírica popular, que concentra y sistematiza la experiencia de la

colectividad a lo largo del tiempo por la práctica cotidiana y espontánea; o bien, por el llamado *"saber formal"* constituido por las acciones en salud institucionalizadas; este saber, surge de la práctica profesional técnica que sistematiza la experiencia social, construyendo un cuerpo teórico explicativo, una metodología y elementos técnicos altamente depurados. (Breilh). En las distintas sociedades estas prácticas y formas de saber se combinan, con el fin de restablecer la salud en el individuo.

En la práctica médica hegemónica se toma a la enfermedad como la afectación individual, que sobreviene como consecuencia del desequilibrio físico y mental del individuo o de éste con su entorno, esta visión es la que corresponde a la mayoría de las personas incluyendo al personal de salud, en donde ésta es reducida al individuo y solucionada con una atención personalizada, de calidad y oportuna.

Lo que la medicina social trata de explicar es que el proceso salud – enfermedad (PSE), no solo se genera en los organismos individuales y se manifiesta en el cuerpo humano, sino que además, "*son los procesos que se gestan en la dimensión social de la vida y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad y fundamentalmente en los correspondientes patrones de trabajo y consumo de los distintos grupos*" (Breilh), o bien, como Berlinger (1971) dice, *"hay que considerar a la enfermedad más que como sufrimiento individual, más que como desviación respecto a la normalidad biológica o social , hay que considerarla como señal, estadísticamente relevable y precozmente calculable, de alteraciones del equilibrio hombre – ambiente provocadas por transformaciones productivas, territoriales, demográficas y culturales incontroladas en sus consecuencias".*

Berlinger menciona también, que la enfermedad constituye uno de los espejos más fieles y más difícilmente eliminables del modo en que el hombre entra en relación con la naturaleza de la que forma parte, por medio de, el trabajo, la técnica y la cultura, es decir, de relaciones sociales determinadas y de adquisiciones científicas históricamente progresivas.

Para Cristina Laurell, la MS se encuentra con diferentes tareas para demostrar el planteamiento con respecto a que la enfermedad puede ser analizada

fecundamente como proceso social. Primero, menciona C. Laurell, hay que demostrar que la enfermedad tiene un carácter histórico y social, para ello define los conceptos de salud y enfermedad, el primero, expresa cómo se conceptualiza y define determinado fenómeno (la salud), mientras que el segundo es el proceso biológico que se da en la población independientemente de lo que se piensa respecto a él. Segundo, hay que definir el objeto de estudio que nos permita profundizar sobre el PSE como proceso social. Y por último, conceptualizar la causalidad o la determinación, es decir, como articular el PSE con otros procesos sociales.

- ***Carácter histórico del Proceso Salud- Enfermedad***

Una de las formas de comprobar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad no se da por el estudio de los individuos sino por el proceso que se da en la colectividad humana, es así como; la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos. En este sentido la importancia del perfil patológico, el cual se constituye tomando en cuenta el tipo de patología y la frecuencia que determinado grupo exhibe en un momento dado, nos permite comprobar las diferencias a lo largo del tiempo como resultado de las trasformaciones de la sociedad, es decir, nos permite aprender mejor el carácter social de la enfermedad que presentan los grupos sociales.

Otra de las formas de comprobar el carácter social de la enfermedad, es el análisis de las condiciones colectivas de la salud de diferentes sociedades en un mismo momento histórico.

Para demostrar el carácter social de la enfermedad, es necesario estudiar el tipo, la frecuencia y la distribución de la enfermedad entre los distintos grupos sociales que componen la sociedad; al existir una articulación entre el proceso social y el proceso salud enfermedad, éste debe asumir características distintas según el modo diferencial que cada grupo tenga con la producción y en su relación con el resto de los grupos sociales

Con respecto al carácter social de los conceptos salud y enfermedad Conti que Pas clases dominantes de las sociedades capitalistas el concepto de enfermedad
Se refiere a la incapacidad para trabajar, lo que lo ubica en su relación con la economía y, eventualmente con la creación de la plusvalía y la posibilidad de acumulación capitalista".

Construcción Del Objeto De estudio

Laurell considera que a pesar del carácter social del PSE ya es un hecho, aún se hacen investigaciones en salud, en donde se intenta demostrar como algún factor social constituye un factor de riesgo en ciertas enfermedades, es decir; se parte de una conceptualización tradicional y supone que el aspecto social actúa como cualquier factor biológico, y con esto se rechaza la importancia del aspecto social en la etiología de la enfermedad y se pone en entredicho el carácter social de la misma. (Laurell 1975)

Estas afirmaciones según Laurell nos remiten a dos problemas fundamentales para comprender el carácter social del PSE.

a. El objeto de estudio
b. La determinación

En cuanto al primero, habría que tener claros los conceptos de enfermedad y aquí se encuentran dos definiciones; la primera con un enfoque médico- clínico, en donde la enfermedad se entiende como un proceso biológico del individuo, mientras que el segundo concepto, el ecológico, describe a la enfermedad como el estado de desequilibrio entre el huésped y su ambiente, si observamos adecuadamente, veremos que entre estas definiciones no hay gran diferencia, pues ambas se enfocan en el individuo, entonces bajo este marco teórico, no podríamos ahondar, porque el proceso biológico estudiado a nivel individual no nos revela el aspecto social de inmediato, y nuestro objeto de estudio se ubica en el grupo no en el individuo, por lo que nuestro marco teórico deberá partir de que el carácter social del PSE se muestra mejor en el colectivo.

Por tal motivo; Laurell, en su afán por comprender este proceso, sugiere que hay que especificar que se entiende por PSE de un grupo y como se relaciona con el PSE del individuo.

El PSE de la colectividad es como se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas ; esto es, la enfermedad.

El PSE del grupo adquiere historicidad porque esta socialmente determinado, es decir; no bastan los hechos biológicos sino que es necesario aclarar cómo esta articulado en el proceso social, además de que el proceso biológico humano mismo es social, en la medida en que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico. Si la “normalidad” biológica se define en función de lo social, también la “anormalidad” lo hace.

La relación entre el PSE colectiva y del individuo, está dada porque el PSE colectiva determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual.

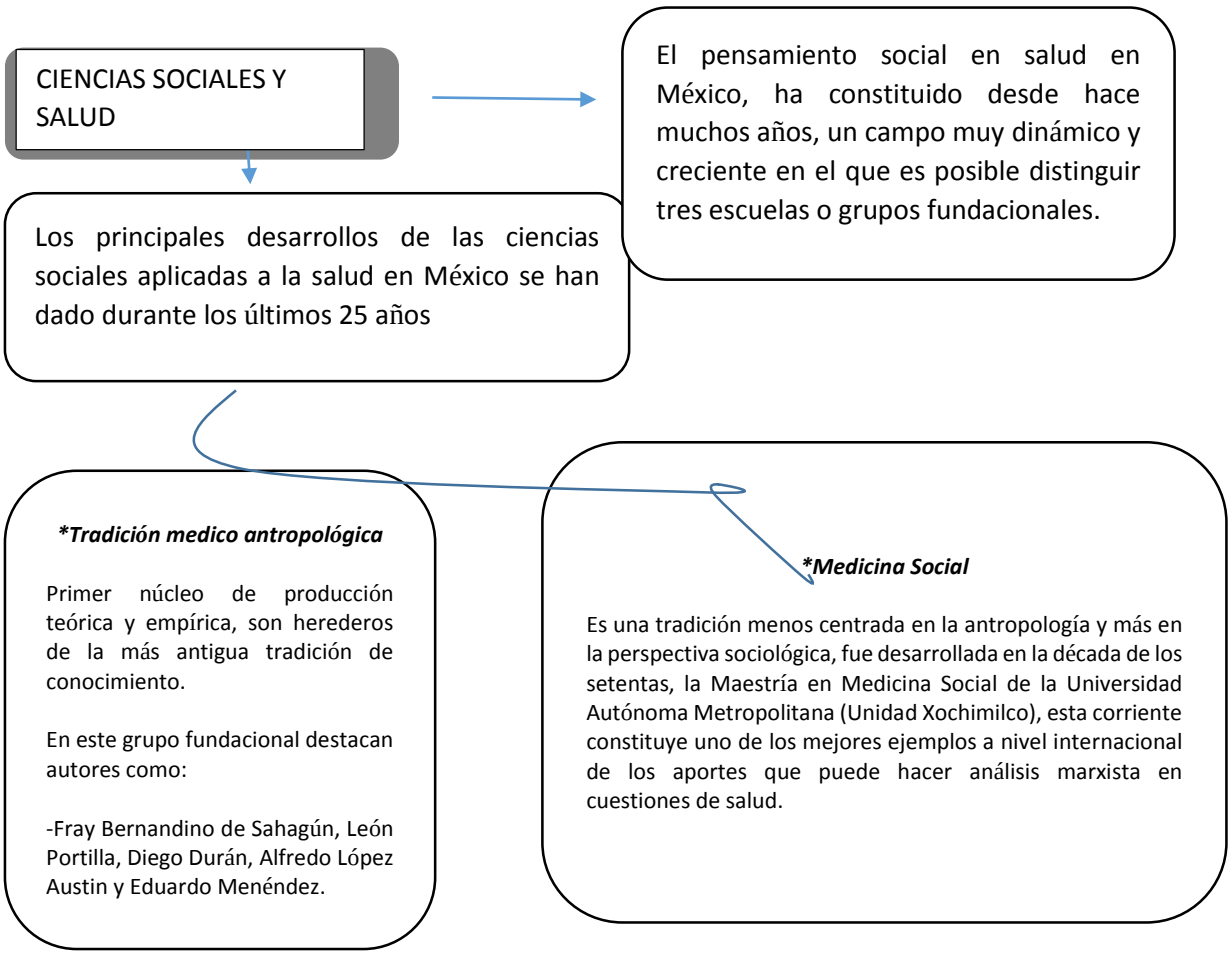
- ***La determinación***

El hecho de haber precisado que el PSE tiene carácter histórico en sí mismo, y no solamente porque esta socialmente determinado, nos permite plantear que él , vínculo entre el proceso social y el PSE biológico está determinado por procesos particulares , que son al mismo tiempo sociales y biológicos, además de estar determinado por el modo de cómo el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación realizada por medio del proceso de trabajo basado en el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción. (Laurell).

El conocimiento de la salud , así como de sus problemas debe relacionar las formas de vida o de reproducción social que caracteriza a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad

práctica, sus formas organizativas y su cultura con el comportamiento de los organismos y las enfermedades que los afectan, se desenvuelven en medio de un sistema contradictorio, en el que se oponen las fuerzas benéficas que protegen la salud y el avance de sus procesos biológicos y por el otro lado los aspectos destructivos que los constriñen y deterioran. Es precisamente este sistema de contradicciones, a lo que se ha denominado “perfil de salud – enfermedad”. Mientras que el “Perfil epidemiológico” se le llama al conjunto integrado por el sistema de contradicciones (reproducción social) que modela la calidad de vida y los patrones de salud – enfermedad resultante. (Breilh)

Debido a esto; Breilh propone que la nueva epidemiología comprende la producción de enfermedades en el plano de lo colectivo y para llevarlo a cabo tiene que construir una idea científica de los procesos que operan como determinantes de las mismas. Tiene que rebasar el plano de los fenómenos empíricos y ampliar el principio de causalidad. Los aspectos más importantes de esta nueva epidemiología son: la formulación de los problemas epidemiológicos (que expliquen la génesis de la salud colectiva como parte de la vida social general) y la interpretación de que las causas de enfermedad no son entidades estáticas que pueden abstraerse formalmente, sino que deben ser interpretadas como parte del movimiento global de la vida social, que para transformarlas nos hace indispensable comprender las leyes de ese movimiento social global, así como las leyes específicas de los procesos biológicos. (Breilh)



PREGUNTA DE REFLEXIÓN Y ANALISIS PARA LA DISCUSIÓN EN CLASE

1. Discuta la relación entre la construcción teórica de los procesos sociales críticos (la determinación, el objeto-sujeto, la salud pública) y el proceso salud enfermedad.

2. Analice y discuta sobre la siguiente cita:

   “Plantear como objeto de conocimiento a las formas históricas de los procesos biopsíquicos como expresión de los procesos sociales en la corporeidad humana, conlleva la necesidad de estudiar tanto lo social como lo biológico y lo psíquico” (Cristina Laurel, s/a)

Unidad IV.	**La base social de la salud: clase, género y etnia**

Contextualización de la Unidad con el curso	En esta unidad se estudiara tres de las categorías importantes de la sociología de la salud, que requieren una mirada especial en el proceso de salud enfermedad: clase social, género y etnia. Una herramienta importante para el análisis y explicación de proceso salud enfermedad es el enfoque de género, una categoría que radica en la diferenciación de roles dependiendo si son hombres o mujeres, pero que en el trasfondo no busca generar una igualdad entre ambos sino una equidad en la cual se le brinde a cada mujer y a cada hombre lo que requiere de acuerdo a sus necesidades. El género es la construcción de una identidad social y psicológica con connotaciones culturales, que lleva a la convicción de que la propia asignación como varón o mujer ha sido correcta. Por lo tanto, la identidad de género conduce a conductas particulares las cuales constituyen nuestra singularidad. (Garduño, 1997)

GÉNERO DESDE EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

El enfoque de género debe conocer y analizar los problemas desde una colectividad, que considere las construcciones históricas de las identidades y las

estructuras sociales. Para evitar justificar la desigualdad entre hombres y mujeres por medio de la determinación genética. Cabe mencionar que género no es un sinónimo de sexo, de la misma manera, no es un sinónimo para el estudio exclusivo de la mujer, a pesar que sus inicios fueron precisamente la búsqueda de la integración de la mujer en el ámbito social.

Las investigaciones que tienen un enfoque de género, se ha realizado, en su mayoría, desde el punto de vista femenino, con la finalidad de romper con la subordinación ante el género masculino, por lo que la visión hacia el género masculino es algo nuevo y aun incompleto, sin embargo, es un aspecto importante a resaltar, ya que, si bien los problemas de salud están íntimamente ligados con el género existen conceptos en los cuales se involucran a estos como un conjunto, en el caso del concepto de salud existen dos definiciones, la primera es desde el plano biológico que es la capacidad de variación en la cual interviene el proceso de adaptación y la otra definición es desde una perspectiva social en la cual el termino salud está asociado con el bienestar, pero no necesariamente es la ausencia de la enfermedad.

El concepto de salud está ligado al concepto de enfermedad , el cual es un término cultural ya que el individuo forma su propia definición en particular dependiendo del contexto en el que se encuentre y en donde fue criado, los términos anteriores dan como resultado la realización del proceso salud-enfermedad en el cual los grupos humanos presentan características iguales que pueden provocar que se presente la enfermedad, también se hace presente el perfil salud- enfermedad que se caracteriza por la síntesis de las características que posee cada grupo social, haciendo énfasis en las diferencias que presenta las mujeres y los hombres respecto a los problemas de salud.

Considerando lo anterior se pueden destacar la investigación de Menéndez E., (1990), donde realiza un estudio sobre el alcoholismo que ha sido una de las primeras causas de muerte en México. Suscitándose principalmente en hombres en edad productiva, por uso y consumo del mismo. Desde 1930, investigaciones antropológicas han considerado de suma importancia referirlo a procesos socioculturales y económicos dentro de un proceso llamado alcoholización.

Aunado a esto, el alcoholismo es un problema médico y/o a su vez psiquiátrico que ha ido marginando y secundarizando diversas alternativas teórico-prácticas. Existen consecuencias sobre el uso del alcohol las cuales se asocian directamente con la actividad médica y con las prácticas psiquiátrico psicológicas, sin embargo, resulta importante mencionar que constituye un medio en distintos contextos, en los cuales resulta imprescindible su uso, esto es en rituales de interacción social, económicos y hasta culturales.

De manera que los roles establecidos en un sistema patriarcal juegan un papel importante en la forma de actuar y relacionarse, tanto de hombres como mujeres, otorgando de esta manera características que conllevan a actitudes peligrosas, las cuales son llevadas a cabo bajo la influencia social de cómo debe ser una persona debido a sus características biológicas.

Considerando lo anterior, Garduño (1997) también señala que la sobre mortalidad masculina una problemática que resalta la prevalencia de muertes en varones en edad adulta y en la cual México ocupa el tercer lugar en América Latina, presenta varias respuestas como las causas destructivas derivadas de algo “innato” que presentan los hombres pero que en realidad es aprendido de una sociedad que enseña que el hombre posee características como fuerza, agresividad, violencia, poder, etc. Las cuales le otorgan cierto privilegio sobre las mujeres en la sociedad.

Garduño concluye que existen tres posibles respuestas del porque se presenta una sobre-mortalidad masculina la primera es la construcción histórica la cual es caldo de cultivo para que se presente la dominación masculina donde al hombre se le asignan obligaciones por su género pero que llegan a mermar su salud en muchos aspectos de su vida, la segunda respuesta es la identidad social, psicológica y cultural que es consecuencia de la cultura masculina y por último se menciona las diferencias entre los hombres y mujeres que han sido asignadas desde el momento en que se nace, la cual trae consecuencias marcadas para las mujeres pero también para los hombre aunque aparentemente se encuentren en una jerarquía privilegiada.

En contraparte, los roles asignados a la mujer la insertan en un ambiente donde debe mostrar su feminidad innata, donde destacan cualidades como el ser una ama de casa o una madre, siendo estas características las que son consideradas para introducir a la mujer al ámbito laboral y social.

Es a partir del patriarcado, machismo y masculinidad hegemónica que nuevamente se impone una violencia y hablar de violencia no solo de hablar de golpes físicos, pues también de todo aquello que afecta a las mujeres y los niños en este caso en particular; mientras que hablar de un riesgo hacia otros hombres, pues a partir de la masculinidad hegemónica donde en las relaciones entre hombres se ven afectaciones, por lo que se plantea una necesidad de analizar las relaciones de poder y dominación que se llevan a cabo en este contexto. La socialización masculina en verdad está teniendo un costo en la salud y se pretende que se desarrollen líneas que explique el patrón a partir de una reconstrucción de las principales representaciones y prácticas de los procesos de socialización que generan riesgos y entonces desarrollar estrategias que permitan abordar esto con los hombres y así poder prevenirlo.

Cabe resaltar que una de las soluciones es comenzar por deconstruir los procesos de socialización y los elementos enajenantes, para lo que se recomienda una visón desde la salud; ahora bien hablar de una socialización, nos remite a ver como aquella que se ha generado a lo largo de los años, ha dado ciertas ventajas para los hombres pero lo que a su vez ha generado con el tiempo estereotiparse y se ha cobrado con la salud y dichas ventajas que se han dado a partir del poder se le han impuesto a los hombres desde niños por ciertas instituciones.

Clase social

La clase social, como categoría que pretenda explicar a la sociedad y a sus actores tendría ciertas limitaciones (Osorio 2001), ya que no se podría integrar un análisis completo en sociedades como la nuestra, por que prevalecen características que diferencian a un conjunto de sociedades e individuos respecto a otros, por la polarización existente entre las comunidades, hay nuevos actores, nuevos sujetos, nuevas identidades, nuevos grupos económicos, nuevos trabajadores. El concepto de clases sociales es lo que podríamos llamar

un concepto “totalizante”: porque para definirlo, es necesario referirse a todos los aspectos de la realidad social.

Entendemos que las clases sociales son el resultado de las relaciones de las diferentes estructuras - económicas, políticas, ideológicas - de una sociedad, y que esta relación constituye un modo de producción. En la teoría marxista, la clase desempeña una formación social dada, en una época dada y se resuelve con el análisis del modo de producción mismo.

¿Qué es una clase social?, el concepto que Lenin da, retomando algunas ideas de Marx y donde se identifican factores y criterios para definir clases sociales es el siguiente:
“Las clases son vastos grupos de hombres que se distinguen por el lugar que ocupan dentro de un sistema históricamente determinado de producción social, por su relación -la mayoría de las veces fijada y formulada por leyes – con los medios de producción, por su papel en la organización social del trabajo y, por lo tanto por las dimensiones de su participación en la riqueza social de que disponen y en el modo de adquirirla. Las clases son diferentes grupos de hombres, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo de otro, en virtud de los diferentes lugares que ocupan dentro de un sistema determinado de economía social.”

Para definir una clase, es necesario, partir además del modo de producción, también de la formación social a la que se pertenece y considerar no solamente la infraestructura económica, sino también la superestructura política e ideológica. En realidad hemos visto que la clase es el producto de la acción conjugada del conjunto de estas estructuras. (Terray, 1975). Por lo tanto entendemos que si sólo se estudia la base económica estaríamos limitándonos a lo que Marx llama las clases “en sí”, y no el “para sí” de las clases, es decir, la primera se caracteriza por la función que ocupan en un modo de producción, su inclusión en la relación de explotación y su situación de clase ubicados sólo por sus variables económicas. Cuando se trata de una clase explotada, una clase “en sí” no es necesariamente al mismo tiempo una clase “para sí”, consciente de sí misma y capaz de una decisión y de una acción colectiva; se refiere a su posición

de clase, a su capacidad de organizarse y actuar como clases, las formas del enfrentamiento y las posibles salidas.

Todos los miembros de la sociedad pertenecen a alguna clase social, en tanto ocupan un lugar en la organización social y en el proceso productivo en particular, mantienen relaciones específicas frente a los medios de producción, perciben la riqueza de una manera determinada y en montos específicos y ocupan oposiciones particulares en un sistema de dominación. Pertenecer a una clase, fracción o sector social, es por tanto, un asunto objetivo. (Osorio 2001).

El individuo y la colectividad por lo tanto, son parte de una sociedad y de una clase, que se han acercado e identificado en intereses. Pero ¿ cómo se tiene que estudiar las realidades de una sociedad, por sus individuos o por sus colectivos?. Rionda comenta que, el ser humano vive permanentemente sumergido en la difícil confluencia de las dos dimensiones de su Ser: la individual y la colectiva. De la primera, diferentes corrientes la han estudiado, una de ellas el post positivismo de Popper que habla del individualismo metodológico y sus dos premisas fundamentales son: del individuo como unidad irreductible y unidad empírica básica; la otra, de la imposibilidad de conocer la totalidad social. Mientras que para el individualismo metodológico la realidad no es más que la suma de elementos pero sin formar unidades mayores diferentes a los agregados o sumas de estas partes (Osorio, 2001). En cuanto a lo colectivo las teorías de sistemas y el marxismo señalan que la unidad de análisis social es mucho más que la suma de los individuos y que estos están sobre determinados por el todo social.

Las relaciones individuo- sociedad se refieren al conjunto de conexiones que se establece entre el todo social y los individuos como parte de ellas .En todas las sociedades se presenta una relación social de oposición y/o integración entre lo individual y lo social. El marxismo señala unidades de análisis definidas, con referentes históricos específicos, lo que le permite romper con la simple formalidad lógica: modo de producción, modo de producción capitalista, sistema mundial, formación social y coyuntural, (Osorio, 2001). Sin embargo, cada vez se establecen relaciones sociales más complejos.

Por lo tanto, y visto de esta manera la clase social es un determinante social del proceso salud enfermedad, ya que debe incluirse en el estudio de la clase social, la ocupación, la estratificación económica, desigualdad, interacción y disposición de los recursos sociales a los que se pueden acceder, la exclusión e inclusión de la clase social al estado.

PREGUNTA DE REFLEXIÓN Y ANALISIS PARA LA DISCUSIÓN EN CLASE

1. Resistirá la sociedad civil las divergencias económicas?
2. Qué efectos en la salud tendrá las desigualdad económica y social?

Unidad V.	**Perspectivas sociales sobre la salud y la enfermedad**

Contextualización de la Unidad con el curso	La sociología médica en México, es una disciplina que se ha enriquecido con los aportes de muchos científicos sociales que han realizado sus investigaciones en este país en los últimos 25 años. El aporte que el conjunto de estos trabajos ha hecho a la comprensión de los problemas de salud ha alcanzado ya un punto crítico. Hoy en día, gran parte de la investigación en salud pública se apoya en los principales conceptos y métodos desarrollados por las ciencias sociales. En esta unidad se estudiaran los conceptos referentes a las categorías de las que se vale la sociología de la salud y que influyen en el proceso salud-enfermedad-muerte y su interacción con las categorías de Reproducción Social, proceso de trabajo, Estado y Cultura.

Reproducción Social

Cada modo de producción determina las modalidades que asume la reproducción de la población, condiciones que están relacionadas por las relaciones sociales de producción. Sin embargo en las sociedades latinoamericanas aun cuando están hegemonizadas por el capitalismo(K), se encuentran formas de producción pre capitalistas las cuales quedan sometidas al K puesto que su reproducción está basada en la reproducción K, y a su vez la reproducción K depende de estas producciones pre capitalistas, esta dependencia plantea contradicciones a la

reproducción ampliada del capital.(Margulis, 1980) de los trabajadores directos de sus medios de reproducción y subsistencia y obliga a la reunión de los elementos de la producción mediante un acto de intermediación mercantil.

La producción es una posibilidad hasta el momento que el propietario de los medios de producción y de subsistencia se convierta en propietario, aunque sólo sea temporalmente, de la fuerza de trabajo. La reproducción K solo es posible en la medida en que este se mantenga como tal, es decir, en la medida en que logre articular con fines productivos a las condiciones objetivas y subjetivas de la producción. Son estas dos condiciones las que hacen posible el acto mismo de la producción y del K y solo puede reproducirse a través de ella. Por esta razón la primera delimitación de esencialidad dentro de la reproducción está marcada por estos dos elementos: los medios de producción y la fuerza de trabajo.

La reproducción social de la vida se refiere a la reproducción física de los individuos e incide en la población, en su tamaño, distribución fecundidad, mortalidad, migración y estos procesos están estrechamente vinculados con la unidad social que organiza la reproducción social de la vida, la familia, y no puede ser comprendida fuera de ella. (Margulis, 1980)

La reproducción de capital apunta a la valorización del valor, es decir hacia la plusvalía. Por lo tanto la reproducción de los individuos insertos en relaciones de producción capitalista, es dependiente directamente del capital, sin embargó entra en contradicción al no poder restablecer la fuerza de trabajo al 100%, en su afán de obtener más ganancia (Margulis, 1980).

En la virtud en que somos seres libres y con igualdad de oportunidades, es solo nuestra incompetencia la que nos imposibilita a “triunfar en la vida”, y nos encontramos en una reproducción no solo del modo de producción sino también en una reproducción ideológica, la cual es favorecida por el capital, al encontrar en esta, una forma de dominación y expansión al ser aceptadas como verdades absolutas y sin cuestionarlas, en palabras de Bourdieu es nuestra DOXA.

El modo de producción capitalista se asienta sobre la premisa de la desposesión de los trabajadores directos de sus medios de reproducción y subsistencia y obliga a la reunión de los elementos de la producción mediante un acto de intermediación mercantil.

"Al dejar atrás esa esfera de la circulación simple o del intercambio de mercancías, en la cual el librecambista vulgaris abreva las ideas, los conceptos y la medida con que juzga la sociedad del capital y del trabajo asalariado, se transforma en cierta medida, según parece, la fisonomía de nuestras dramatis personae (personajes). El otrora poseedor de dinero abre la marcha como capitalista; el poseedor de fuerza de trabajo lo sigue como su obrero; el uno, significativamente, sonríe con ínfulas y avanza impetuoso; el otro lo hace con recelo, reluctante, como el que ha llevado al mercado su propio pellejo y no puede esperar sino una cosa: que se lo curtan." (MARX, Libro 1, 1986-1987, pág. 214).

Nos encontramos inmersos en un sistema voraz, cruel y depredador, el cual a pesar de todas las contradicciones que produce y fomenta, se encuentra vigente en este momento y su reproducción tanto ideológica, económica y de fuerza de trabajo se mantiene gracias a la enajenación que produce en cada uno de sus miembros al separar la producción del consumo por medio de un mercado libre de oportunidades.

Proceso de Trabajo (PT)

El ser humano es un ser activo, práctico, siendo el trabajo su actividad principal. El trabajo es la condición básica y fundamental de toda la vida humana, el trabajo pone en relación al hombre con la naturaleza consigo mismo y con los demás seres, construyendo así, la sociedad, de tal manera que la esencia humana es, en realidad, el conjunto de las relaciones sociales.

Los seres humanos en forma individual y colectiva actúan y se relacionan con la naturaleza a través de determinados instrumentos de trabajo para generar productos o bienes, a esta etapa se le llama proceso de trabajo y se compone de tres elementos: el trabajo mismo (actividad de las trabajadores); sus objetos (materias primas y materias brutas); y sus medios (herramientas, equipos, maquinas, etc).

En primer lugar, *el trabajo* es una actividad que se lleva a cabo entre el ser humano y la naturaleza y que sin él no se genera riqueza; el ser humano se crea,

se produce y reproduce a través del trabajo, poniendo en movimiento las fuerzas naturales que pertenecen a su corporeidad, a fin de apoderarse de los materiales de la naturaleza y producir bienes para satisfacer sus necesidades que van desde lo económico hasta la producción de servicios, ideas o cualquier otro elemento. El ser humano transforma la naturaleza, y a la vez su propia naturaleza; es decir que se concibe al trabajo como una forma que pertenece exclusivamente al hombre.

Los *objetos del trabajo,* son el material sobre el cuál se actúa, el que se transforma en un producto final tomando muy en cuenta sus características tanto físicas, químicas como biológicas. Así por ejemplo, la tierra en el estado original en que proporciona al ser humano víveres, son definidos como los medios de subsistencia ya listos para el consumo, estos, existen sin intervención del ser humano (materia bruta), es decir todas las cosas que el trabajo se limita a deshacer de su vínculo directo con la tierra son objetos de trabajo previos en la naturaleza. En cambio, si el objeto de trabajo, ya ha pasado por un trabajo previo, se denomina materia prima. “Toda materia prima es objeto de trabajo, pero no todo objeto de trabajo es materia prima; el objeto de trabajo sólo es materia prima cuando ya ha experimentado una modificación mediada por el trabajo” (Marx, falta fecha).

Por último, *los medios del trabajo* son objetos que el trabajador interpone entre él y el objetivo de trabajo y que le sirven como vehículo de su acción sobre dicho objetivo para transformar el objeto en producto. El trabajador se vale de las propiedades mecánicas, físicas y químicas de los objetos para hacerlas operar, conforme al objetivo que se ha fijado. El uso y la creación de medios de trabajo, caracterizan el proceso de trabajo. El conocer estos medios nos permite identificar los diversos modos de producción en diferentes momentos históricos; los medios de trabajo se pueden utilizar como indicadores de las relaciones sociales bajo las cuales se efectúo un trabajo.

El proceso se extingue en el producto y el producto es un valor de uso, un material de la naturaleza adaptado a las necesidades humanas mediante un cambio de forma. El producto, el medio de trabajo y el objeto de trabajo en conjunto, forman

los medios de producción y el trabajo como actividad en si, forma el trabajo productivo.

Como todos los objetos tienen propiedades múltiples y son susceptibles de diversas aplicaciones, un mismo producto puede servir como materia prima de diferentes procesos de trabajo. El mismo producto puede servir de medio de trabajo y materia prima en un mismo proceso de producción. Bajo ese estado, la materia prima se denomina producto intermedio. El que un valor de uso aparezca como materia prima, medio de trabajo o producto, depende de su función determinada en el proceso de trabajo, del lugar que ocupe en el proceso mismo y por lo tanto con el cambio de ese lugar cambian las determinaciones.

Cuando los objetos o medios no prestan un servicio en el proceso del trabajo, se consideran inútiles y es aquí donde le corresponde al trabajo vivo apoderarse de esos objetos, es decir, transformarlas de valores de uso potenciales en valores de usos efectivos y operantes. Esos objetos son utilizados con un objetivo, en la formación de nuevos valores de uso, que ingresan al consumo en forma de medios de producción, a un nuevo proceso de trabajo.

Hasta ahora hemos hablado del proceso de trabajo, que es definido por Marx (fecha) como una actividad orientada a un fin, el de la producción de valores de uso, apropiación de lo natural para las necesidades humanas, condición general del metabolismo entre el ser humano y la naturaleza, eterrna condición natural de la vida humana y por tanto independiente de toda forma de esa vida, por el contrario, a todas sus formas de sociedad. A partir de este punto comenzaremos con el llamado proceso de valorización o valor de uso que se manifiesta a la par del proceso de trabajo.

Este llamado valor de uso es un producto que se requiere tenga valor de cambio, es decir que su destino sea la venta, dicho de otra forma es una mercancía cuyo valor es mayor que la suma de los valores de las mercancías, medios de producción, fuerza de trabajo que se requirieron para su misma producción. No es sólo un valor sino un plusvalor. Por lo tanto podemos decir que durante el proceso de producción también hay un proceso de formación del valor.

Dicho en otras palabras el proceso de valorización es un proceso de formación de valor prolongado que va más allá de cierto punto. Si el proceso de formación del valor alcanza únicamente al punto en que con un nuevo equivalente se reemplaza el valor de la fuerza de trabajo pagado por el capital, estaremos ante un proceso simple de formación del valor. Si ese proceso se prolonga más allá de ese punto, se convierte en proceso de valorización (Marx. Fecha).

Comparando, ambos procesos, tanto el de formación de valor como el de proceso de trabajo; el proceso de trabajo es el trabajo efectivo, el que produce valor de uso, este es cualitativo; mientras que el proceso de formación de valor es el proceso laboral que tiene un aspecto cuantitativo.

Estado.

” La civilización es, el estadio de desarrollo de la sociedad en que la división del trabajo, el cambio entre individuos que de ella deriva, y la producción mercantil que abarca a una y otro, alcanzan su pleno desarrollo y ocasionan una revolución en toda la sociedad anterior” (Engels,1884). Tras la llegada de la civilización, la riqueza se fue acrecentando enormemente y de diferentes formas, la administración resulto hábil en beneficio de los propietarios, constituyendo esa riqueza una fuerza irreductible opuesta al pueblo. La inteligencia humana se ve impotente y desconcertada ante su propia creación. Sin embargo con la evolución que ha existido desde el origen del Estado se esperaría que la razón humana fuera lo suficientemente fuerte para dominar a la riqueza y fijar las relaciones del Estado con la propiedad que éste protege poniendo límites a los derechos de los propietarios, ya que los intereses de la sociedad son absolutamente superiores a los intereses individuales, y unos y otros deben concertarse en una relación justa y armónica (Engels, 1884).

La necesidad del ser humano de actuar interrelacionándose dentro de un marco social ordenado, ha dado origen a una forma evolutiva compleja; etapa histórica que han alcanzado las formas sociales, esa forma compleja organizativa que la sociedad ha llegado a consolidar, es el Estado con atributos que validan la cultura.

El **territorio**, geográficamente delimitado, atributo del Estado, vigila severamente a su sociedad nacional y al exterior a las sociedades entre quienes se abre camino.

Cultura.

Partimos de entender la Cultura como el conjunto de experiencias, vivencias, hábitos, actitudes y actividades que se trasmiten y se aprenden, dicho en otras palabras los distintos significados y valores que le atribuimos al actuar y a las cosas, valores aceptados para el grupo social que los reconoce en un momento histórico y en un espacio físico determinado (capital cultural). Las prácticas cotidianas le otorgan el sentido de existencia a la cultura. Es con estas mismas prácticas que pensamos en la cultura como el espacio de la reproducción social y al mismo tiempo como el espacio privilegiado para la innovación y la resistencia.

Las prácticas se dan en base a dos elementos dentro del mismo campo según la teoría desarrollada por Bourdieu (1991) a) la existencia de un capital común y b) la lucha por su apropiación representada por quienes detentan el capital y la de quienes aspiran a poseerlo. Sobre esa complicidad básica se construyen las posiciones enfrentadas. Quienes dominan el capital acumulado, fundamento del poder o de la autoridad de un campo, tienden a adoptar estrategias de conservación y ortodoxia, en tanto los más desprovistos de capital, o recién llegados, prefieren las estrategias de subversión, de herejía.

Los significados que adopte como válidos una sociedad dependerán del modo de producción, aunque las prácticas de los individuos de esa sociedad, están determinadas por el habitus. Habitus, en palabras de Bourdieu (1991), son las estructuras estructuradas y estructurantes que forman esquemas de percepción pensamiento y acción. En otras palabras son significados, valores existentes, previos que incorporamos (de lo simbólico lo materializamos) a nuestra vida y los llevamos a la práctica; y lo legitimizamos o lo rechazamos para reelaborarlo (Resinificarlo) y ponerlo de nuevo en práctica. El individuo reconstruye la realidad, pero la cultura (el entorno) lo define a él.

El habitus es la presencia activa de todo el pasado del que es producto: es lo que proporciona a las prácticas su independencia relativa en relación a las determinaciones exteriores del presente inmediato. Es la ley inscrita en los cuerpos por historias idénticas (el habitus individual expresa o refleja en cierta medida al habitus de la clase social a la que dicho individuo pertenece), como un sistema de estructuras interiorizadas, principios comunes de percepción y acción.

PREGUNTA DE REFLEXIÓN Y ANALISIS PARA LA DISCUSIÓN EN CLASE

1. Analiza y discute sobre **la Medicina Social y su función biopolítica**. Entendiéndola como **el doble filo de la Salud Pública** o Medicina Social: Es decir, por una parte, como brazo del estado que aporta el argumento científico para el **control social** de la población por el poder dominante, pero por otra parte, también como herramienta colectiva que desvela el origen social de las enfermedades y puede operar a favor de la **equidad en salud**

Unidad VI.	**La construcción social de la enfermedad: desigualdades sociales en la salud**

Contextualización de la Unidad con el curso	En esta unidad seguiremos revisando como la sociología en la salud ha contribuido a develar las problemáticas de salud dentro de los marcos de los determinantes sociales, como políticos, económicos, sociales, educativos, culturales, etc., y que se remite a buscar un mundo mejor, donde la salud sea un derecho asumido por todos, y desaparezcan las desigualdades las discriminaciones, los antivalores y los estereotipos que hoy frenan su acceso, en adición de que la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su Declaración Universal de Derechos Humanos, establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Pobreza y Desigualdad.

Hoy en día, en cualquier sociedad humana existen las diferencias y las desigualdades tanto espaciales como sociales y la principal consecuencia de estas diferencias se manifiestan en la desigualdad; los términos desigualdad y pobreza no son sinónimos, pero están muy relacionados ya que la existencia del primero suele resultar en la aparición del segundo.

La pobreza se manifiesta si las necesidades básicas (alimentación suficiente, higiene y salud óptima, vestido, cuidados personales, vivienda digna, educación básica, posibilidad de movilidad suficiente y capacidad de resolver los problemas

económicos en el ámbito doméstico) no están disponibles para una parte de la población o no se pueden alcanzar por falta de recursos económicos; esto puede deberse a una retención desigual de los beneficios derivados del trabajo de la población.

A esta ausencia de necesidades básicas se le llama *pobreza relativa* y es entendida como un estado de privación para satisfacer las necesidades básicas, materiales y no materiales de un hogar. Esta noción de pobreza ha dado lugar, a su vez, a dos enfoques en torno a los cuales se han propuesto una variedad de indicadores: la pobreza por resultados y la pobreza de capacidades (Miller, 1967).

El concepto de *pobreza por resultados*, trata de medir las privaciones de una persona o de un hogar en la satisfacción de sus necesidades básicas, con énfasis en las necesidades materiales. Para la medición de la situación de pobreza existen dos métodos principales*: i) el directo o método de las necesidades básicas insatisfechas, que* como su nombre lo dice, es la privación de los medios materiales para satisfacer las necesidades humanas básicas. La mayoría de estas mediciones se basan en datos de los censos de población y vivienda, lo cual implica un sesgo hacia necesidades que dependen de infraestructura como la vivienda y los servicios básicos. *ii) el indirecto o método del ingreso o consumo*, que intenta medir la pobreza a partir de la capacidad adquisitiva de una persona o de un hogar; es un método indirecto, ya que el ingreso es un recurso que permite el acceso a las necesidades de vida pero en sí mismo no mide el nivel y calidad de vida alcanzados. (Sen, A., 1992).

De lo anterior surge la llamada "*línea de indigencia*", la constituyen los ingresos necesarios para cubrir el costo de una canasta básica alimenticia para satisfacer los requerimientos nutricionales mínimos de una persona, esto es, que las personas a las que no les alcanza sus ingresos para satisfacer sus necesidades alimenticias mínimas se consideran que están en una situación de pobreza extrema. Con este método, se determina un límite de la pobreza o satisfacción de las necesidades básicas, que se le denomina, "línea de la pobreza" y para determinarlo se multiplica el valor de la canasta alimenticia básica por el inverso de la participación del consumo de alimentos en el consumo total o el "coeficiente de Engel" (*idem. ant*.).

El análisis de la pobreza debe incluir una consideración de la distribución de la riqueza y de los recursos económicos, ha esto se le llama *pobreza relativa*, donde además de cuantificar y analizar la situación de los pobres, también se trata de considerar la relación entre los pobres y los no pobres. El indicador más frecuentemente utilizado es el "*coeficiente de Gini (P)",* medida que se basa en la "curva de Lorenz", un gráfico usado para representar la desigualdad social en cuanto a recursos o medios para satisfacer necesidades (el ingreso, el consumo, la tierra o la propiedad de medios de producción). La curva compara la distribución de la población y su participación en la distribución de los recursos (Sen, A., 1992).

Resumiendo, la pobreza absoluta se entiende como un producto, mientras que la relativa es un proceso, resultado de la evolución histórica donde los mecanismos causales (causa/efecto) determinan en que situación de pobreza se encuentran los diferentes grupos sociales. Mientras que la pobreza absoluta, hace referencia a un enfoque nutricional de la pobreza, la relativa se encuadra en un contexto social y económico. En el primer caso la solución pasa por un incremento de capital que produzca un aumento de alimentos; en el segundo se trata de producir cambios estructurales que aumenten el nivel de participación de la población, tanto en el trabajo como en los beneficios (Romero, J., 1992).

Anteriormente comentamos que la pobreza siempre proviene de algún tipo de desigualdad, contrariamente a las desigualdades, que como resultado de la evolución histórica de las sociedades, no siempre acaban en una situación de pobreza.

Básicamente, los problemas de desigualdad que se han manifestado provienen por dos motivos, por una parte la escala espacial del análisis, ya que se trabaja con países, como si dentro de éstos todo fuera homogéneo y; por otra parte, los indicadores utilizados para medir las desigualdades hacen referencia a los conceptos de desarrollo/subdesarrollo. (Romero, J., 1992).

Romero señala dos indicadores que marcan las dimensiones de desigualdad: l*a dinámica demográfica y urbanización*, las variables que se toman en cuenta son la proporción de población joven (hasta los14 años), la esperanza de vida al nacer

y la tasa de mortalidad infantil. *Los servicios de educación,* respecto a los estudios secundarios, el nivel de los países menos desarrollados es bastante bajo dado que hay otras necesidades prioritarias, las rentas son insuficientes, faltan las infraestructuras educativas adecuadas y se trata de continuar con los modelos educativos occidentales, lo cual es probablemente un error de base. *Los servicios sanitarios,* que se conjugan en una elevada tasa de mortalidad infantil y una esperanza de vida baja con factores como el escaso implemento doméstico en sanidad y el elevado número de individuos por médico. *Desnutrición,* pues la alimentación insuficiente es el principal problema de la pobreza, en términos absolutos. La desnutrición crónica es la causa de las desigualdades interregionales y de profundas diferencias sociales principalmente en los países menos desarrollados. *Nivel de desarrollo*, en los últimos 25 años han aumentado las desigualdades interregionales. En los países menos desarrollados predomina el sector agrario, pero su producción es muy baja los beneficios no revierten en la población rural. *Asistencia al desarrollo y deuda externa,* la principal contrapartida es que se hipotecan los escasos recursos y se establece una relación de dependencia de los países desarrollados que favorece el incremento de la deuda externa mientras que los escasos beneficios siguen sin revertir en la población (*idem. ant*.)

Necesidad y Consumo.

El trabajo del humano produce necesidades, las más básicas permanecen inmutables como es el alimento y la vivienda, y otras son históricamente determinadas. “El carácter histórico-social de las capacidades y necesidades humanas permite superar el ámbito de las necesidades biológicas humanizándolas a través la producción económica y política ideológica, modifica necesidades anteriores y posibilita la emergencia de otras.” (Blanco, 2000) es decir, que son a la vez necesidades y posibles satisfactores, estos son socialmente determinados y producidos en sociedades concretas.

En la producción es donde encontramos el fundamento del consumo y es en el consumo donde encontramos las necesidades, esto es, en la reproducción de la fuerza de trabajo es donde encontramos el fundamento de las necesidades,

poniendo en primer plano el modo de producción y con esto su movimiento, y es la reposición de esta fuerza de trabajo (reposiciones fisiológica y psicológicas) tanto individual como colectiva, donde encontramos una de las más grades contradicciones (la explotación de la plusvalía), pues las exigencias objetivas de la producción determinan las formas de reproducción social de la fuerza de trabajo, así como las prácticas de clase y una conciencia individual de las necesidades (Prétecielle: en Blanco, 2000).

"la tendencia a ocultar relaciones de clase por las relaciones entre individuos, sujetos "libres e iguales", y la ampliación de las relaciones mercantiles producidas por la extensión del modo de producción capitalista, hace de la reproducción de las fuerzas de consumo un "asunto privado", el hogar del consumidor…La "vida privada" de los hogares (en sus prácticas individuales de consumo) se halla sometida a las exigencias objetivas del modo de producción …"y expresan la determinación de las practicas individuales de consumo. No se trata de oponer individual a social, sino más bien de precisar las diversas especificidades de lo social y entender al hogar como una "simple elección empírica", sino como una unidad elemental, soporte de las prácticas individuales de consumo y forma típica de reproducción del capitalismo contemporáneo. (Prétecielle 1977; en Blanco, 2000)

Prétecielle define las necesidades como: " la forma subjetiva de las determinaciones objetivas de las prácticas sociales que estructuran la reproducción de la fuerza de trabajo" (Prétecielle, 1977), es decir , que los modos de producción son los que marcan las determinantes y que al llevarse a cabo la reproducción de la fuerza de trabajo quedan enmarcadas de forma subjetiva o como reflejo pasivo de las determinaciones del modo de producción, sin embargo, es en este momento subjetivo cuando se da la conciencia de necesidad, siendo el momento especifico de acción, estas formas subjetivas las que tienen un impacto sobre las prácticas. Estas prácticas pueden ser definidas de la siguiente manera: Práctica individuales de consumo.- necesidades experimentadas individualmente(familias); Prácticas socializadas de consumo.-

las ideologías prácticas sociales de consumo; Prácticas de clase.- las necesidades sociales que son elementos de conciencia de clase organizada (lucha de clase) (Prétecielle, 1977).

La articulación de estas necesidades expresadas en prácticas son las que ponen de manifiesto las contradicciones del modo de producción capitalista, sin embargo, el tomarlas aisladas nos da solo un ángulo de la problemática dejando de lado otra gran parte que es el consumo (entendido como la meta del capital de una cadena, donde se comienza con la producción).

Las practicas individuales de consumo y la conciencia individual de las necesidades se articulan alrededor de las condiciones de reproducción social de las fuerzas de trabajo y se pueden esquematizar de la siguiente forma: circulación mercantil (mercancías que corresponden a una necesidad, pero no significa que toda mercancía corresponda a una necesidad); prácticas estatales
(la influencia de estado en el poder de compra); formas socializadas de consumo (socialmente establecidas).

La articulación de las formas de consumo individual, quedan inmersas en las formas de consumo de clase al tener un tipo de necesidades homogenizadas, puesto que la determinación social queda inmersa a las relaciones sociales de producción dando las características del consumo.

En el capitalismo se distinguen las siguientes formas de consumo: consumo productivo.- desgaste del trabajador; consumo individual.- reproducción de la fuerza de trabajo; consumo de lujo – el que crea la sociedad.

De esta manera las necesidades quedan remplazadas por las “preferencias” de los satisfactores los cuales en un mercado libre, y con igualdad de oportunidades nos conducirán a un mejoramiento en la calidad de vida. (Prétecielle, 1977)

Territorio.

El primer hecho histórico según la ideología alemana son las necesidades porque es lo primero que hay que cubrir. Necesidades de vivienda, alimentación, vestido, transportes y demás satisfactores Desde esta dimensión se reconoce al territorio como el espacio definido donde se da la relación de los hombres entre si y con la naturaleza, en un tiempo determinado. Territorio en el que además se da la articulación específica del conjunto de relaciones, condiciones y procesos de producción en un ámbito geográfico concreto que incluye particularidades geofísicas como el equipamiento básico y características económicas sociales y culturales del grupo que lo habita.

La distribución y ocupación de los espacios dentro del territorio, “está en relación directa al desarrollo de las fuerzas productivas y a las relaciones de producción y las formas políticas e ideológicas de la formación social” (Breihl, 1984).

El contenido y las formas de las viviendas constituyen un aspecto del consumo individual que concurren a formar el perfil de vida de la población. El espacio de consumo establece a través de su valor económico e ideológico las fronteras para su ocupación por parte de las diferentes clases sociales y , a su vez las clases que ocupan un determinado espacio delimitan las características de este. De esta manera se pueden distinguir en las ciudades espacios homogéneos habitados predominantemente por clases sociales similares, las cuales dadas las condiciones de trabajo y de consumo predominantes determinan el equipamiento arquitectónico y de servicios.

La conformación de los espacios de consumo se da de acuerdo a las clases sociales que los habitan. El contenido de estos espacios y la forma, se manifiestan en el equipamiento y los servicios los cuales pueden ser medidos a través del valor económico (renta diferencial del suelo) y del valor ideológico (simbolismo) del espacio (Breilh, 1984).

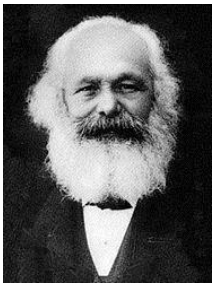
En México la desaparición de las ejidos (y por ende de los ejidatarios) obligó a este sector de la población a buscar otras actividades las cuales les permitieran apenas sobrevivir, esto ocasionó serios problemas en el campo y en las ciudades,

ya que algunos de los ex ejidatarios al no contar con tierras que cultivar migraron a las ciudades en condiciones de estrechez económica, pasando a formar parte de la población ubicada en espacios o territorios marginales. En algunas de las ciudades, la composición social es variada y se manifiesta en los asentamientos urbanos diferentes, tan diferentes como lo son sus habitantes que las conforman. El desarrollo arquitectónico y los servicios de cada una de ellas dejan ver las condiciones de vida en que se reproducen y que se manifiestan en el consumo y el tipo de actividades que desarrollan, en las que se recrean y en las que se reproducen. La excepción la encontramos en el espacio territorial que ocupan las empleados domésticas el que en apariencia lo comparten con sus empleadores pese a la gran distancia económica, y que no corresponde a la clase social que pertenecen, determinada por las relaciones de producción.

Una situación que llama nuestra atención respecto del territorio, es la que viven diariamente cientos y tal vez miles de personas, que se hacinan en las ciudades en pequeños espacios físicos y que tienen que recorrer enormes distancias, para desarrollar las actividades de producción y de reproducción como fuerza de trabajo y el desgaste o consumo que esto representa tanto en lo físico como en el salario y que incide en el estado general de salud.

La categoría territorio nos permite desde la identificación y el análisis de las formas productivas dominantes, realizar el análisis y la caracterización de la región y su expresión en la estructura de clases (por medio de estudios regionales). Así como desde el ámbito del consumo ya que según Marx, la estructuración de la vida comienza precisamente en el consumo (por medio de estudios urbanos).

El territorio se relaciona con la distribución y ocupación de los espacios físicos (rurales y urbanos en sus diferentes clasificaciones) ya que los grupos humanos que los habitan lo hacen desde sus muy diferentes condiciones de vida. Lo anterior relacionado a las condiciones climatológicas y a las características físicas del territorio donde se vive hacen de cada espacio físico, habitado en ese planeta que sus habitantes vivan en condiciones especiales en cada uno de ellos.



"Enfoque marxista y su aplicación a la salud"

Marxismo impacto de la economía de la salud

- Los objetivos económicos que prevalecen en el mundo condicionando la salud, son los de enriquecimiento de los grupos de poder vinculados a esta esfera.
- Las políticas neoliberales han agudizado esta situación, con sus saldos de privatización y comercialización de la salud.
- Se trata, por tanto, de la expresión de la dominación imperialista y su influencia a nivel mundial.

Esfera
Económica
Globalización imperialista
Medicina Mercantilista
Proceso de Privatización

Salud y Educación

Esfera
Ideológica
Influencia de la ideología Hegemónica
Estereotipos

Esfera
Social
La desigualdad y exclusión
Diferencia entre grupos de países

Marxismo en la esfera de la ideología

- La transmisión del VIH/sida expresa como la ideología y la ignorancia puede generar conductas estereotipadas que son causa de morbilidad y mortalidad.
- La discriminación de genero muestra como las mujeres sufren de brutales represiones, violencia y muerte a causas de prejuicios.
- Los anti valores hegemónicos influyen complementando la mercantilización: individualismo, egoísmo, violencia enajenación .

Marxismo en la esfera Social

- La pobreza, la polarización y la exclusión expresan la explotación que rige la sociedad capitalista y conforman las bases para las condiciones del deterioro de la salud para las mayorías en el mundo.
- estas realidades son expresión de la lucha de clases a nivel internacional y dentro de los países.

PREGUNTA DE REFLEXIÓN Y ANALISIS PARA LA DISCUSIÓN EN CLASE

1. La desigualdad de los ingresos y la desigualdad en la distribución de la riqueza afectan la salud, el bienestar, la prosperidad, el poder adquisitivo y el bienestar material que son un componente muy importante en el desarrollo del ser humano. ¿Venceremos la desigualdad? Sobreviviremos a la desigualdad?

Unidad VII.	**Estilos de Vida y Conductas Sociales**

Contextualización de la Unidad con el curso	En esta unidad, se revisará la parte de la responsabilidad individual, sin embargo, los estilos de vida en la sociología de la salud tienen una menor influencia sobre la conducta y los estilos de vida debido a que la medicina social se interesa en el comportamiento de la vida en grupo, se enfoca a la salud de la gente como colectivo y no como la suma de las parte, sin embargo, en esta unidad, se verá, los conceptos básicos de estilos de vida y conductas.

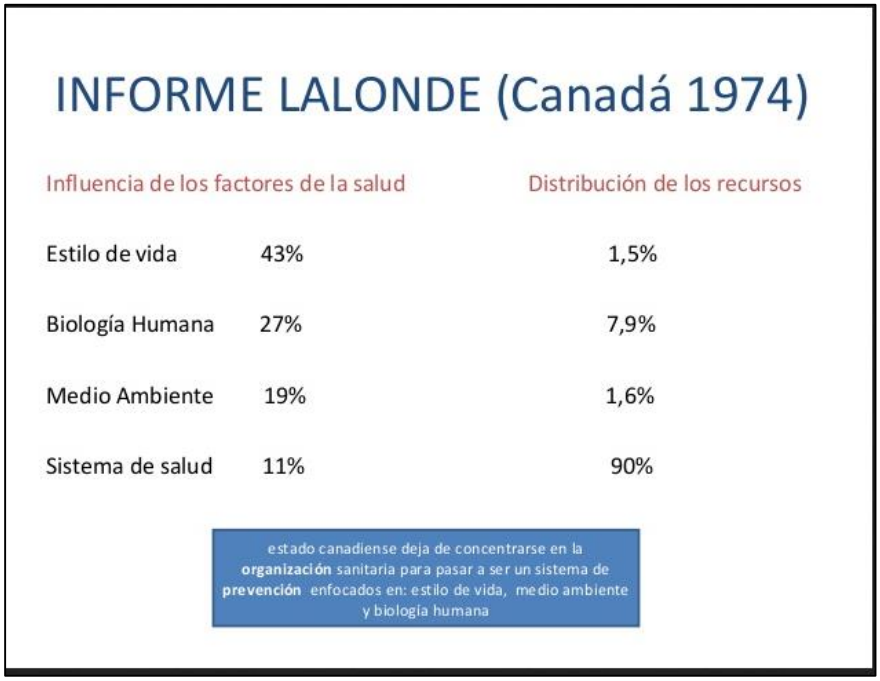
La Organización Mundial de la Salud (1999) definió a los estilos de vida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. De acuerdo con la Universidad Autónoma del Estado de México (2007) en el campo de la salud, se comprenden como los saberes, concepciones, prácticas, hábitos y valores individuales y colectivos que favorecen o no la conservación de la salud.

Según Moreno (2004), son definidos también como un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas, así mismo para Lalonde (1974) como el conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control

Según Cockerham (2007) es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las

personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida.

Según el esquema de Lalonde los factores de la salud son los siguientes: estilo de vida que se refiere a los patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales, la biología humana que engloba a la fortaleza general, resistencia a la enfermedad., susceptibilidad a la enfermedad y enfermedades genéticas, el medio ambiente dividido en físico y social en los cuales intervienen los recursos naturales como el agua y alimentos así como las pobreza y el desempleo entre otros, y por último los sistemas de salud que se refieren a la calidad, disponibilidad., accesibilidad y costos de estos.



Los determinantes de la salud en general de la población pueden conceptualizarse como estratos de influencia similares a un arco iris (Figura 1).

Figura 1. Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993

En el centro de la figura, los individuos tienen una edad, un sexo y unas características constitucionales que influyen en su salud y que no son modificables, en torno a ellos hay influencias que, en teoría, pueden ser modificadas por medio de la acción política.

En primer lugar están los factores relacionados con la conducta personal, como el hábito de fumar y la actividad física. En segundo lugar, los individuos interaccionan con las personas de su entorno y con la comunidad inmediata y se ven influidos por ellas, lo cual se representa en el segundo estrato. Seguidamente, la capacidad de una persona para mantener su salud (en el tercer estrato) se ve influida por las condiciones de vida y de trabajo, la alimentación y el acceso a bienes y servicios esenciales. Por último, como mediadores de la salud de la población, las influencias económicas, culturales y medioambientales actúan sobre el conjunto de la sociedad.

Este modelo que describe los determinantes de la salud hace hincapié en las interacciones: los estilos de vida individuales se integran en unas normas y redes sociales, así como en unas condiciones de vida y de trabajo que a su vez guardan relación con el entorno socioeconómico y cultural general.

PREGUNTA DE REFLEXIÓN Y ANALISIS PARA LA DISCUSIÓN EN CLASE

1. Analiza y discute la siguiente premisa “el enfermo no solo es un caso, es también un sujeto social, es decir, biopsicosocial y miembro de un grupo humano con características sociales, culturales, económicas, políticas y psicológicas”……

Unidad VIII.	**La dimensión biológica, social y emocional en la salud de la población**

Contextualización de la Unidad con el curso	En esta unidad y con apoyo de las lecturas, estudiaremos como se han complementado las dimensiones a través de la historio y su necesidad de abordar nuevos enfoques.

Los diversos aspectos de la conformación de la medicina social, principalmente acontecidos en Alemania desde la policía médica, y el conocimiento histórico médico, fueron vistos como la contribución a la solución de diversidad de enfermedades, sirviendo como referente para el entendimiento de problemas de salud, en donde, tal crecimiento de conocimiento, dio un punto de partida por diversas instancias principalmente para el cuidado de la salud poblacional, llevando el concepto de medicina social hasta un impacto y significado mucho más complejo.

El análisis histórico social que se creó en la comunidad científica, le ha llevado a contribuir en la importancia del estatus socioeconómico acorde a la época y a los determinantes de la salud/enfermedad, en el sentido estricto que los estudios mismos de ambas se definen acorde al momento histórico y al tipo de sociedad, respectiva y dicotómicamente.

Con el constante incremento poblacional y la conformación de teorías políticas, contribuyeron al incremento y establecimiento del bienestar, riqueza y poder, lo que, en algún momento se denominó como “absoluta responsabilidad en salud”, ejercida por el estado a través de análisis sistematizados de control epidemiológico y sanidad ambiental. Tales normas de atención se difundían

eclesiásticamente con el fin de disminuir la pobreza y mendicidad, que posteriormente se utilizó para el estudio y enseñanza de la medicina.

Sobre todo el entramado que desarrolla el concepto de la salud, existe una transformación en denominación y aplicación que van de acuerdo con los intereses sociales y que reforman toda la práctica biomédica hegemónica, aunque actualmente se considera el modelo de restauración y mantenimiento de la salud para conservar la fuerza productiva considerando lo biológico y ambiental.

Con la llegada de la medicina, en donde todo lo referente a la salud es bilógico, lo social queda de lado (medicina social, promoción de la salud y la sociología de la salud), es por ello que aquellos quienes practicamos ésta perspectiva complementaria, tenemos que fundamentar metodológicamente el trabajo, ya que anteriormente no se tenía ni la credibilidad ni el impacto, en donde, precisamente, uno de los obstáculos más importantes dentro de esta perspectiva social, tenía que ver proporcionalmente con la metodología, que si bien aún no queda al cien por ciento establecida, se ha estado trabajando en su fundamentación, no para cumplir los requisitos de credibilidad, sino para cumplir con los aspectos mínimos que requiere una ciencia en términos científicos.

Como alguna de las teorías más reconocidas dentro del campo social y que ha inspirado grandes aportes, gracias a la perspectiva y abordaje tan directo, es la teoría Marxista, como los Elementos del Marxismo “Núcleo Duro”, que corresponden a lo siguiente, en materia de aportes sociológicos en salud.

1.-El condicionamiento Social de los fenómenos y del pensamiento, epistemología contextualizadora que permite valorar la interacción de sociedad, pensamiento y acción.

2.- La legitimación del pensamiento como herramienta en el cambio de las condiciones sociales, principio que acentúa la trascendencia de las ideas como factor, movilizativo y vehículo de cambio de conciencia a nivel personal y sociedad.

3.- El carácter emancipador: como teoría y como ideología sustentada en la teoría, que abarca la convocatoria a los oprimidos para transformar la realidad y que asimila en la actualidad las luchas de los movimientos sociales por un mundo mejor.

4.- Las relaciones entre conocimiento y valores, lo que se inserta en la ética del Marxismo, aspecto vital al proponer una nueva forma de vivir y pensar, que incluye la tendencia a la equidad, la inclusión, la participación y los valores solidarios.

Los determinantes de la salud tienen, en gran medida, un carácter más social que biológico, además obedece a la desigual distribución de la riqueza más que a los logros y avances de la ciencia. (OMS).

Basado en lo anterior, se puede argumentar que la sociología en la salud ha contribuido a develar las problemáticas de salud dentro de los marcos de los determinantes sociales, como políticos, económicos, sociales, educativos, culturales, etc., y que se remite a buscar un mundo mejor, donde la salud sea un derecho asumido por todos, y desaparezcan las desigualdades las discriminaciones, los antivalores y los estereotipos que hoy frenan su acceso, en adición de que la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su Declaración Universal de Derechos Humanos, establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

PREGUNTA DE REFLEXIÓN Y ANALISIS PARA LA DISCUSIÓN EN CLASE

1. Analice con sus compañeros y profesor como se han articulado los conocimientos entre lo biológico y lo social y su relación con el proceso salud enfermedad.

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo revisado, podemos concluir que efectivamente la sociología de la salud, lo que hace es perseguir una universalidad, es decir, hablar de todos en un todo, dejando de hablar en tono individual, donde solo se enfoque a la enfermedad y la curación, focalizando los servicios, como es en un modelo medico hegemónico que se centra en aspectos meramente biológicos.

De tal forma, la sociología de la salud, la cual se ha basado en la medicina social, tomando en cuenta a los colectivos, basándose en la salud y la prevención a diferencia del otro modelo.

Anteriormente el hospital en la época medieval donde estaba el feudalismo, se veía que había una afectación a la salud de la economía.

En el neoliberalismo, la característica era la propiedad privada, mientras que, en el socialismo, la característica era que precisamente no había propiedad privada.

De tal forma, podemos analizar como la medicina social, desde una corriente de pensamiento, interrelaciona la totalidad, entendiendo así a la población, no solo como la suma de sus partes, la cual al basarse en la teoría marxista aporta categorías de análisis, tal es el caso de la clase social en modos de producción y con sumo, el trabajo y el género.

Desde esta concepción se toma a la enfermedad, como un proceso de desorganización dado que el ser humano, no es solo algo biológico, si no es social y estos elementos al mezclarse, van más allá y a su vez se entiende que esto no es solo independiente.

Para el estudio de la salud vista desde la sociología y la medicina social, es preciso realizar análisis cualitativos que nos permitan un mayor enfoque, es preciso decir que a pesar de que se han considerado a estos con una mala claridad conceptual y metodológica, realmente son útiles, ya que es mediante este que se sustentan hallazgos.

Si bien es cierto, cuentan con ciertas limitaciones, se dice que son estudios espontáneos, y sus métodos y técnicas son distintas, sirven para dar un

panorama diferente. Tal es el caso de problemas de percepción de la población, donde sirve más este tipo de hallazgos que algo meramente cuantificables.

REFERENCIAS

1. Breilh, Jaime (1991). “La salud enfermedad como hecho social”. En: Varios. Reproducción social y salud . Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
2. Breilh, Jaime (1995). “Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología”. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Pp: 19-57.
3. Breilh, Jaime”. Epidemiología Crítica”. Quito; Lugar Editorial. 317pp.
4. Burlandy, Luciene. “Política e saúde coletiva: reflexao sobre a producao científica (1976-1992)”. Cad. Saúde Pública v. 14 n. 3 Rio de Janeiro jul./set. 1998.
5. Castro R. *Sociología Médica en México el último cuarto de siglo*. Revista Mexicana de sociología 63 (3): 271-293.
6. Castro, R. (2003). Ciencias sociales y salud en México. Movimientos fundacionales y desarrollos actuales. Ciencia & Saude Coletiva, pp. 47-62.
7. Denzin, N.K. and Lincoln Y.S. Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. En: *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks CA: SAGE, 1994. p. 1-19.
8. Franco, Saúl (1995) “Teoría y práctica de la Salud Pública”, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 12(2): 63-76.
9. Franco, Saúl, *Tendencias de la Medicina Social en América Latina*, Memorias del VI Congreso Mundial de Medicina Social: Democracia, Desigualdad y Salud. Tenerife Canarias. 1989.
10. Frenk J. *La nueva salud pública. Teoría y práctica de la salud pública.* OPS. Resumen en Escuela de Salud Pública, La Habana, 1992.
11. Frenk, Julio (1992), “Instituto Nacional de Salud Pública, cinco años de vida 1987- 1991”, “La Nueva Salud Pública”. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

12. Frenk, Julio, et. Al. (1986) “Un modelo conceptual para la investigación en Salud Pública”, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (101) 5: 477-489.
13. García, J.C. *Tendencias y perspectivas... Montevideo OPS-CIESU* 1986. pp. 21
14. García, Juan César. *García entrevista a Juan C. García*, Tendencias y Perspectivas: ciencias Sociales y Salud en América Latina. Nunes (Coord). Montevideo, Uruguay OPS y CIESU, 1984.
15. Garduño M. (1997) La categoría de Género y su utilidad en la explicación de los problemas de Salud. Maestría en Medicina Social. pp. 1-11
16. Giaconi, Juan (1994), “Los Desafíos de la Salud Pública”, editorial, Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23: 3-5.
17. Hamlon JH. *Fisiología de la salud pública. Principios de la administración sanitaria.* 3 ed. México, DF: La prensa Médica Mexicana, 1973;1-11.
18. Iriat C. et al. (2002) Medicina social Latinoamericana: Aportes y desafíos. Panamericana de salud pública: pp 128-136.
19. Jarillo , Arroyave. Sociología de la Salud. *Revista Española de Salud Pública* Vol. 69 No. 3 – 4 Mayo – agosto 1995-
20. Keijker B., (1999) Género y salud en el sureste de México, frontera sur consejo estatal de población de Chiapas, Campeche, Chetumal, san Cristóbal, Tapachula y Villahermosa. México: Ed. CONAPO
21. Laurell, A. C., Noriega M. “La Salud En La Fábrica” Edit. Era, México 1989.
22. Laurell, A.C. 1981. *La salud – enfermedad como proceso social.* En Revista latinoamericana de salud. Vol 2 No.1 p.p. 7 – 25.
23. Lisitsin ME. *La higiene social y organización de salud pública*. La Habana, IDS. 1981:14-39.
24. López-Arellano, Oliva; Blanco-Gil, José. “Modelos socioeconómicos en Salud Pública: coincidencias y desencuentros. Salud Pública, México, 1994; 36: 374-384.
25. Mendívil, J. (2007) Deliberación, disenso y alteridad en Agnes Heller. Simposio de Filosofía Política, Disponible en:

http://myslide.es/documents/deliberacion-discenso-y-alteridad-en-agnes-heller.html.

26. Menéndez E. (1990) Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. México: Ed. Alianza.
27. Menéndez Spina. E. (2012) Trabajos en Educación. Sáude, Rio de Janeiro, pp.335-345.
28. Menéndez, E. “La enfermedad y la Curación, ¿Qué es medicina tradicional?”Rev. Alteridades, año 4, No. 7, 1994, UAM-I, México.pp. 45-57.
29. Mercado, F., & Torres, T. (2000). Un tema olvidado en el ámbito de salud. El análisis cualitativo de los datos. En F. mercado, Análisis cualitativo en salud. Teoría Método y Practica (págs. 11-23). México: Ed. Gandhi
30. Mercado, F.J. *Situación actual de la investigación cualitativa en salud*. *Un campo en consolidación*. 2000. Rev. Universidad de Guadalajara. No. 17:19 – 30.
31. Minayo, C.S, El Desafío del Conocimiento, Investigación Cualitativa en Salud, Lugar Editorial, Buenos Aires Argentina, 227 p.
32. Morín E., (1974) Paraíso perdido, paraíso olvidado. Ensayo de Bioantropología. Barcelona España, Ed. Kardos.
33. Morse, J., M. Designing Founded Qualitative Research. En: *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks CA:SAGE, 1994. p.220-235.
34. Nigenda, Gustavo y Ana Langer (1995) *Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública. Situación Actual y Perspectivas*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, pp 17-34
35. Ramos BN, Aldereguía HJ. *Medicina social y salud pública en Cuba*. La Habana. Editorial Pueblo y Educación, 1990:125-43.
36. Robbins, A., *Public Health in the Next Decade*, J. Public Health Policy, 1985 Dec;6(4):440-446.
37. Rosen G. (1985) De la policía médica a la medicina social. México: Ed. Siglo XX,
38. Rosen, G., *¿Qué es la Medicina Social?, De la policía Médica a la Medicina Social.* México, Siglo XXI. 77-137.

39. Scott J. (1990) El género una categoría útil para el análisis histórico. pp 265-302
40. Sigerist H. *Filosofía de la higiene En: Historia y sociología de la medicina, selecciones*. Bogotá: G. Molina 1974: 32-9.
41. Terry M. *Diferenciación entre Salud Pública y la Medicina Comunitaria- Social- Preventiva* en Temas de Epidemiología y Salud Pública. La Habana. Edit. Ciencias Médicas. 1988: 1-5.